

לכבוד הרופא המטפל,  
תודה על הפניית המטופלת למרפאתנו,  
על מנת להתקדם בטיפול יש צורך במספר בדיקות ואישורים:

| <u>למטופלת</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <u>לבן הזוג</u>                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div> <input type="checkbox"/> LH, FSH, Estradiol<br/> <input type="checkbox"/> T-Testosterone, Free Androgen Index<br/> <input type="checkbox"/> 17-OH-Prog, DHEA-SO<sub>4</sub><br/> <input type="checkbox"/> Prolactin, TSH<br/> <input type="checkbox"/> HBsAg, HCV Ab, HIV, TPHA<br/> <input type="checkbox"/> CMV (IgG, IgM), Toxoplasma (IgG, IgM)<br/> <input type="checkbox"/> Rubella (IgG), Varicella<br/> <input type="checkbox"/> Glucose ..... (בצום)<br/> <input type="checkbox"/> סוג דם<br/> <input type="checkbox"/> ספירת דם<br/> <input type="checkbox"/> Hemoglobin Electrophoresis (Thalassemia)<br/> <input type="checkbox"/> תפקודי קרישה<br/> <input type="checkbox"/> SMA - תפקודי כבד, כליות ואלקטרוליטים </div> <div> } יום<br/>2-5<br/>לוסט </div> <div> <input type="checkbox"/> בדיקת שד ידנית על יד כרוגר (אחת לשנה מגיל 30)<br/> <input type="checkbox"/> בדיקת צוואר הרחם (HPV/PAP) (אחת לשלוש שנים מגיל 25) </div> </div> | <div> <input type="checkbox"/> HBsAg, HCV Ab, HIV, TPHA<br/> <input type="checkbox"/> בדיקת זרע </div> |

- ✓ מומלץ וחשוב לבצע בדיקות גנטיות במסגרת סקר האוכלוסיה (2700\*) / סקר נשאים מורחב.
- ✓ יש לאזן מחלות רקע לפני תחילת הטיפול ולהביא אישור על כך מרופא מומחה בתחום.
- ✓ נטילת חומצה פולית מומלצת במשך כשלושה חודשים לפני תחילת הטיפול.
- ✓ במידה והאישה לא קבלה בעבר שתי מנות חיסון לאדמת / בבדיקה נמצא כייל נוגדנים נמוך, יש לחסנה לפני תחילת טיפול.
- ✓ יש לעקוב אחרי המלצות משרד הבריאות בנוגע לחיסונים מומלצים.
- ✓ בתודה על שיתוף הפעולה,

צוות היחידה