

לכבוד הרופא המטפל

שם המטופל/ת: _____

הנ"ל במהלך בירור טיפול במרפאתנו. אבקשך הפניתם לביצוע הבדיקות המסומנות ב-√.

בת זוג:

- √ בדיקה גינקולוגית עדכנית כולל משטח צוואר רחם (Pap smear)
- √ בדיקת אולטרא-סאונד אגני (גינקולוגי)
- צילום רחם
- היסטרוסקופיה אבחנתית
- √ בדיקת שד כירורג / ממוגרפיה
- √ אק"ג לנשים מעל לגיל 40
- √ תרבית שתן

בדיקת דם

- √ סוג דם ו- Rh , סקר נוגדנים
- √ תד"ש, תפקודי קרישה, כימיה מלאה
- √ נוגדנים לאדמת, VDRL
- √ נוגדנים ל- CMV ו-Toxoplasmosis
- √ HBsAg , נוגדנים להפטיטיס C
- √ HIV
- √ Estradiol, Progesterone, LH, FSH, 17-OHP, Testosterone
- √ Androstendione, TSH, Prolactin (יום 2 – 5 למחזור).

בן זוג:

- √ בדיקת זרע (כולל מורפולוגיה)
- תרבית: שתן / זרע.
- סונר מכון לאשכים ולסקרוטום (כולל דופלר) סונר טרנסרקטלי.
- בירור גנטי: קאריוטיפ, מוטציות מכוונות לכרומוזום Y, Cystic fibrosis

בדיקת דם

- תד"ש, תפקודי קרישה, כימיה מלאה
- סוג דם ו- Rh
- Free + total Testosterone, LH, FSH, TSH, Prolactin
- נוגדנים ל- CMV
- √ HBsAg , נוגדנים להפטיטיס C
- √ HIV

בתודה על שיתוף הפעולה

תאריך _____

פרופ' ראוּל אורביטו

מומלץ לפנות למרפאה/מכון גנטי באיזור המגורים, ולקבל ייעוץ לביצוע בדיקות לגילוי נשאות למחלות גנטיות שכיחות, בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

מכתב סיכום מרופא משפחה
היסטוריה רפואית

יש ליטול חומצה פולית מידי
יום במהלך הטיפול