

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד  
ד"ר מ. באוס  
מנהל בנק הזרע  
המרכז הרפואי ע"ש שיבא  
תל השומר

הנדון: גפ' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

המטופלת הנ"ל נמצאת בטיפול ומבקשת להרות באמצעות בנק הזרע.

אבקש לבצע הזרעה למטופלת בתאריך \_\_\_\_\_ ובתאריך \_\_\_\_\_

#### פרטי הטיפול

מחזור ספונטני

CC (איקקלומין) במינון \_\_\_\_\_ ליום

גונדוטרופנים: גונאל F/פוריגון/מנוגון/מנופור/אחר \_\_\_\_\_

במינון של IU \_\_\_\_\_ ליום, למשך \_\_\_\_\_ ימים

רמת Pmol/L E2 \_\_\_\_\_ ביום מתן הקוריון / אוביטרל / פרגניל

סה"כ זקיקים  $\leq 15$  מ"מ ב-US ביום מתן hCG או יום קודם \_\_\_\_\_

נא לצרף US אחרון.

הנ"ל מופנית להזרעה עם זרע מתורם אנונימי ע"פ בקשתה ועל הנחייתי.  
הסברתי למטופלת על סיכויי הצלחת הטיפול כמוכן את הסיכון בהריון מרובה  
עוברים וגירוי יתר שחלתי.  
כמו כן הוסבר למטופלת על סיבוכי הפעולה כולל זיהום באגן בעקבות ההזרעה.  
המטופלת חתמה על טופס הסכמה מדעת המסביר את סיבוכי הפעולה ומודעת להם.

בברכה

חתימת הרופא + חותמת