

ISF-0-01-12B	 מכבי שירותי הבריאות הסוגים בישראל מערך המעבדות	טופס הפניה לבדיקת "סקר שלישי ראשון" להוראת עבודה סקר ביוכימי
עמוד 1 מתוך 1		תחולה: ינואר 2025

הפניה לבדיקת "סקר שלישי ראשון"

תאריך לקיחת הדם: _____ מס' דגימה: _____

ת.ז:		שם פרטי:	שם משפחה:
ס. ביקורת			
טלפון נייד:	טלפון נוסף:		
ת. לידה של הנבדקת:		מיייל הנבדקת:	
שם הרופא:	שנה	חודש	יום
טלפון הרופא:	טלפון הרופא:		

מספר עוברים

משקל הנבדקת בעת הבדיקה

סכרת מטופלת באינסולין

תאריך וסת אחרון

ק"ג

כן / לא

----------------------	----------------------	----------------------

כן / לא

----------------------	----------------------	----------------------

הפריית מבחנה IVE?

תאריך החזרת עוברים

תאריך שאיבת ביציות

האם קבלה תרומת ביצית?

כן / לא

----------------------	----------------------	----------------------

תאריך לידה של התורמת

או: גיל התורמת _____ שנים

נא לצרף צילום בדיקת שקיפות עורפית!

במקרים בהם לא ניתן לצרף בעת הלקיחה, יש להעביר בהקדם לפקס: 08-9311647 או למייל: AFP@mac.org.il

הצהרה:

- הנני מאשרת את נכונות הפרטים הרשומים בתדפיס זה.
- הנני מאשרת כי הובא לידיעתי שבדיקת "סקר שלישי ראשון" הנה בדיקת סיכון בלבד ותוצאות הבדיקה כשלעצמן אינן ראיה סופית ו/או מוחלטת לתקינות העובר או למום בו, אלא עלולות להצביע על הצורך להמשיך בדיקות ובירור רפואי.
- ידוע לי כי בדיקת "סקר שלישי ראשון" אינה מהווה תחליף לבדיקת התבחין המשולש ("חלבון עוברי") המבוצעת בשליש השני של ההריון.
- ידוע לי כי אישה מעל גיל 32 בעת הכניסה להריון זכאית לבצע בדיקת מי שפיר ללא תשלום.
- ידוע לי כי את התשובה ניתן יהיה לקבל במכבי-לי/ למעט חיילות. באחריותי להעביר את התוצאה לרופא.
- אני מאשרת צפייה בתוצאות Ultra-Sound בפורטל מכבי במקרים בהם התוצאות נדרשות לצורך ביצוע בדיקת הסקר.
- ידוע לי שבמקרה של תוצאות חריגות עלי לפנות לייעוץ גנטי מיד עם קבלת התוצאות.

חתימת הנבדקת: _____ שם העובד/ת: _____

שם גורם רפואי / מרפאה צה"ל: _____