



אל הרופא המפנה ד"ר _____

שלום רב!

דו"ח היסטרוסקופיה אבחנתית

הריונות: לא / כן לידות: _____ ניתוח קיסרי: _____ הפלות טבעיות: _____ הפלות יזומות: _____

עבר רפואי:

ניתוחים: לא / כן _____ מחלות רקע: לא / כן _____ עישון: לא / כן _____ ליום _____

מנופאוזה / פרימנופאוזה / פרהמנופאוזה

רגישות לתרופות: לא/כן _____ נטילת תרופות: לא/כן _____ תאריך ו.א.: _____ / _____ / _____

סיבת הפניה:

■ בירור אי פריון ■ לפני ואחרי I.V.F ■ חשד לממצא תוך רחמי (רירית עבה/שרירן/פוליפ/נוזל/הדבקויות)

■ דימום לא סדיר ■ דימום לאחר בלות ■ הוצאת I.U.D ■ מנורגיות ■ הפלות חוזרות (יותר/2/3) ■ אחר

בדיקות עזר: U.S ביטני / U.S וגינלי / הידרונוגרפיה / צילום רחם / אחר _____

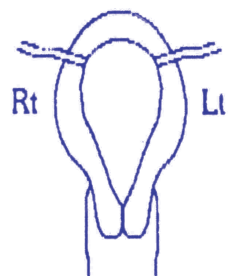
מהלך הבדיקה: צואר: תקין / לא תקין: _____ רחם: קדמי / אחורי / אמצעי

גודל: רגיל / מוגדל: _____ טפולות: תקינות / לא תקינות: _____

דוגלס: תקין / לא תקין: _____

עומק רחם: _____ ס"מ הרדמה: לא/מקומית הרחבת צוואר רחם: לא / כן תגר _____ עד _____

ממצאים:



תעלת צוואר: _____ תקין / לא תקין _____

חלל רחם: _____ תקין / לא תקין _____

רירית הרחם: _____ תקין / לא תקין _____

פתחי חצוצרות: _____ ניצפו / לא ניצפו _____

פעולות נלוות: לא / ביופסיה / אחר _____, חומר לפתולוגיה: כן / לא

הערות:

1. המשך מעקב רופא מטפל

2. תוצאות ביופסיה יישלחו לרופא המטפל

3. במידה ותידרש פעולה כירורגית ניתן לפנות: _____

4. מנוחה _____ ימים

5. במצב של דימום יתר, עליית חום או כאבי בטן חריגים יש לפנות לרופא המטפל