

مدينة الملك فهد الطبية
مستشفى النساء التخصصي
قسم العقم والمساعدة على الإنجاب
هاتف: 0112889241



مدينة الملك فهد الطبية
King Fahad Medical City

عزيزي المراجع.....

نرجو مساعدتنا بتعبئة هذا النموذج حتى نتمكن من استكمال إجراءات القبول للعلاج بوحدة خادم الحرمين الشريفين لطلب الإنجاب. نرجو التأكد من صحة المعلومات عند تعبئة هذا النموذج حيث أن قرار القبول والعلاج بالوحدة سيتم بناء على المعلومات الواردة إلينا عن طريق هذا النموذج والتقرير الطبي من الطبيب طالب التحويل.

تنبيه : إذا اتضح عدم صحة المعلومات في هذا النموذج أو التقرير الطبي في أي وقت من الأوقات سيتم إعادة النظر في قرار القبول والعلاج وربما يؤدي ذلك إلى رفض الإحالة أو وقف العلاج.

اسم الزوج اسم الزوجة
تاريخ الميلاد : تاريخ الميلاد
(كما ورد في بطاقة العائلة) (كما ورد في بطاقة العائلة)

تاريخ الزواج :

عدد الأطفال (في الزواج الحالي)

عدد الأطفال الذين على قيد الحياة من الزواج الحالي :

عدد الأطفال الذين على قيد الحياة من زواج سابق : الزوج : الزوجة :

هل سبق أن تلقيتم علاج لمساعدة الإنجاب في الماضي؟

تفاصيل العلاج (الرجاء إرفاق تقرير طبي بالتفاصيل إن وجد) :

أطفال أنابيب (IVF) عدد المرات المستشفى :

تلقيح مجهري (ICSI) عدد المرات المستشفى :

تلقيح صناعي (IUI) عدد المرات المستشفى :

أى علاجات أخرى؟

توقيع الزوج توقيع الزوجة

التاريخ التاريخ



King Fahad Medical City
Women's Specialized Hospital
The Custodian of the Two Holy Mosques Reproductive Medicine Unit
Tel 012889999 Ext 8501 Fax Ext 3714

REFERRAL FOR ASSISTED REPRODUCTION
(Please provide all details. Incomplete forms will not be accepted)

Date _____ Medical Record No. _____

Name (Wife)

Date of Birth (as in National ID Card): _____ Nationality: _____

Name (Husband)

Date of Birth (as in National ID Card): _____ Nationality: _____

Parity _____ Infertility duration: _____ No. of Living children (current marriage): _____

Wt _____ Ht _____ BMI _____ No. of Previous IVF Attempts: _____
(Please attach report with IVF details)

Hormones (Cycle day 2-4, must be within last 6 months)

Date _____ FSH: _____ LH: _____

Female screening tests (Must be within last 6 months)

HIV _____ Hepatitis Bs Ag _____ Anti Hepatitis C Ab _____ Date _____

HSG* (Please attach report) _____ Date _____

*(Tubal status must be checked except in cases of severe male factor etiology)

Male screening tests (Must be within last 6 months)

HIV _____ Hepatitis Bs Ag _____ Anti Hepatitis C Ab _____ Date _____

Semen Analysis	Date	Date
Volume		
Count		
Motility (Grade 1&2)		
Morphology		
Other		

Diagnosis

Anovulatory [] Tubal [] Male [] Unexplained [] Multiple [] Other []

Other information (e.g. any relevant medical/surgical history. Please attach a separate report if required)

Referring Doctor _____ Telephone No _____

Hospital _____ Fax _____

Signature _____ Stamp _____