Приказ МЗ РФ от 31.07.2020г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных

технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)»

**ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование обследования | Срок годности | дата |
|  | ***для женщин*** (обязательное) |  |  |
| 1 | **группа крови и резус-фактор** | Не ограничен |  |
| 2 | **цитологическое исследование мазка** (шейка матки, цервикальный канал) | 1 год |  |
| 3 | **флюорография легких** | 1 год |  |
| 4 | **ЭКГ** | 1 год |  |
| 5 | **УЗИ молочных желез** (для женщин моложе 40 лет)  **Маммография** (для женщин 40 лет и старше) | 1 год |  |
| 6 | обследование на **краснуху** (определение иммуноглобулинов М и G) | при наличии **IgМ** - **1 месяц**  при наличии **IgG**- **не ограничен** |  |
| 7 | **заключение терапевта** об отсутствии противопоказаний к программе ЭКО и возможности вынашивания беременности | 1 год |  |
| 8 | гормональное исследование на 2-5 день м.ц.: **АМГ** | 6 месяцев |  |
|  | **ФСГ** | 6 месяцев |  |
| 9 | **ВИЧ 1/2** (антитела классов М, G, совместно с определением антигена р24) | 3 месяца |  |
| 10 | **Гепатит В** (определение антител или определение антигена HBsAg) | 3 месяца |  |
| 11 | **Гепатит С** (определение суммарных антител ( anti-HCV) М и G)) | 3 месяца |  |
| 12 | ***Treponema pаllidum*** (определение иммуноглобулинов М и G) | 3 месяца |  |
| 13 | **соскоб из цервикального канала (метод ПЦР**) на выявление: |  |  |
|  | *Neisseria gonorrhoeae* (гонореи) | 3 месяца |  |
|  | *Сhlamydia trachomatis* (хламидии) | 3 месяца |  |
|  | *Trichomonas vaginalis* (трихомонады) | 3 месяца |  |
|  | *Mycoplasma genitalium* (микоплазмы) | 3 месяца |  |
|  | *Mycoplasma hominis* (микоплазмы) | 1 год |  |
|  | *Ureaplasma spp* (уреаплазмы) | 1 год |  |
|  | *Herpes simplex 1,2* (герпеса 1,2 типа) | 1 год |  |
|  | *Cytomegalovirus* (цитомегаловируса) | 1 год |  |
| 14 | **УЗИ трансвагинальное органов малого таза** | за 2 нед до программы |  |
| 15 | **клинический анализ крови** | 1 месяц |  |
| 16 | **биохимический анализ крови** | 1 месяц |  |
| 17 | **коагулограмма** | 1 месяц |  |
| 18 | **общий анализ мочи** | 1 месяц |  |
| 19 | **мазок на флору** (цервикальный канал, влагалище) | 1 месяц |  |
|  |  |  |  |
|  | **(по показаниям)** |  |  |
|  | заключение других специалистов | 1 год |  |
|  | кариотипирование | однократно |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проверил врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

Приказ МЗ РФ от 31.07.2020г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных

технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)»

**ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование обследования | Срок годности | дата |
|  | ***для мужчин*** (обязательное) |  |  |
| 1 | **группа крови и резус-фактор** | не ограничен |  |
| 2 | **спермограмма** | 6 месяцев |  |
| 3 | **ВИЧ 1/2** (антитела классов М, G, совместно с определением антигена р24) | 3 месяца |  |
| 4 | **Гепатит В** (определение антител или определение антигена HBsAg) | 3 месяца |  |
| 5 | **Гепатит С** (определение суммарных антител ( anti-HCV) М и G)) | 3 месяца |  |
| 6 | ***Treponema pаllidum*** (определение иммуноглобулинов М и G) | 3 месяца |  |
|  |  |  |  |
| 7 | **соскоб из уретры и/или эякулята (метод ПЦР)** на выявление: |  |  |
|  | *Neisseria gonorrhoeae* (гонореи) | 3 месяца |  |
|  | *Сhlamydia trachomatis* (хламидии) | 3 месяца |  |
|  | *Trichomonas vaginalis* (трихомонады) | 3 месяца |  |
|  | *Mycoplasma genitalium* (микоплазмы) | 3 месяца |  |
|  | *Mycoplasma hominis* (микоплазмы) | 1 год |  |
|  | *Ureaplasma spp* (уреаплазмы) | 1 год |  |
|  |  |  |  |
|  | ***(по показаниям)*** |  |  |
|  | консультация уролога-андролога |  |  |
|  | соскоб из уретры и/или эякулята (метод ПЦР) на выявление: |  |  |
|  | *Herpes simplex 1,2* (герпеса 1,2 типа) |  |  |
|  | *Cytomegalovirus* (цитомегаловируса) |  |  |
|  | кариотипирование | однократно |  |
|  |  |  |  |
|  | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проверил врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |