

На основании Приказа Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаний и ограничений к их применению", Письма Минздрава России от 05.03.2019 N 15-4/И/2-1908 О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) "Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация" (вместе с "Клиническими рекомендациями (протоколом лечения)...", утв. Российским обществом акушеров-гинекологов 03.12.2021, Российской ассоциацией репродукции человека 03.12.2021), утвержден обязательный перечень обследования и сроки годности результатов при обследовании пациентов для определения показаний к применению ВРТ и перед вступлением в программу ВРТ

ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ НА ТО, ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ОРИГИНАЛЫ ВЫПОЛНЕННЫХ АНАЛИЗОВ С ПЕЧАТЬЮ УЧРЕЖДЕНИЯ И ПОДПИСЬЮ ВРАЧА!

ВСЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ДОЛЖНЫ БЫТЬ КОДИРОВАНЫ ПО МКБ-10!!!!

КРИОПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ:

Бессрочно

* Определение группы крови и резус-фактора (*при отрицательном резусе, определение резуса у супруга*)

Действительно 1 год

- Флюорография
- ЭКГ
- Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки или жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки
- УЗИ молочных желез для всех и дополнительно маммография (с возраста 40 лет и старше), исследование проводится в I фазу цикла. При выявлении патологии консультация маммолога/онколога о возможности проведения ЭКО и вынашивания беременности. **КОДИРОВАТЬ ПО МКБ-10!!!**
- Консультация **генетика** по показаниям (при наличии хотя бы у одного из партнёров хромосомных или генных нарушений, наличие хотя бы у одного партнёра детей с хромосомными или генными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью, кровнородственный брак; бесплодие неясного генеза, привычный выкидыш, повторные неудачные имплантации в программах ВРТ (2 и более переноса эмбриона в анамнезе без наступления беременности; при олигозооспермии и азооспермии у мужчин)

Действительно 6 месяцев

Гормоны крови:

- Пролактин, ТТГ (*в любой день м/ц*);
- Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности проведения ЭКО и вынашивания беременности **КОДИРОВАТЬ ПО МКБ-10!!!**

Действительно 3 месяца

- Анализ **ВИЧ** (HIV ½ определение антител класса IgM и IgG и антигена p24/25 с помощью тестов ИФА и ИХЛА), **бледная трепонема** (определение антител к IgG и IgM), на **гепатиты В** (антитела к поверхностному антигену HBsAg или определение антигена HBsAg) и **гепатит С** (определение антител к антигену, IgM и IgG)
- **Молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов:** Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium

Действительно 1 месяц

- **Анализ крови к краснухе:** IgG и IgM
!!!При отсутствии иммунитета показана вакцинация с планированием беременности не ранее чем через 3 месяца после вакцинации согласно инструкции к применению вакцины. Если IgG положительный, передавать далее не нужно.
- Клинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, средний объем эритроцита (MCV), гематокрит, тромбоциты, лейкоциты, нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы, базофилы, моноциты, СОЭ).
- Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин, билирубин общ, билирубин связанный, мочевины, АСТ, АЛТ)
- Гемостазиограмма (АЧТВ, фибриноген, протромбиновое время)
- Общий анализ мочи
- Микроскопическое исследование влагалищных мазков

Проводится перед вступлением в программу ВРТ (действительно 2 недели для всех, кроме ОМС МОСКВА – 2 месяца)***

- УЗИ органов малого таза комплексное с определением числа антральных фолликулов в раннюю фолликулярную фазу (абдоминальное и трансвагинальное).

*****Для иногородних пациенток непосредственно перед вступлением в протокол рекомендовано сделать УЗИ по месту жительства для исключения патологии.**