|  |  |
| --- | --- |
|  |  **+7 (812) 679 88 33****РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ЭКО** |
| Наименование результатов обследования  | Срок годности |
| Обследование женщине |
| * HIV 1,2 Ag/AbCombo (определение антител к ВИЧ типов 1 и 2 и антигена p24)
* HBsAg
* anti-HCV, антитела
* Treponemapallidum, антитела

***Важно!*** *В случае положительного результата требуется заключение врача инфекциониста из государственного медицинского учреждения по месту жительства с обязательным указанием в справке, что ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ* | 3 месяца |
| **ПЦР real-time:*** Chlamydia trachomatis
* Mycoplasma genitalium
* Neisseria gonorrhoeae
* Trichomonas vaginalis
 | 3 месяца |
| * Группа крови и резус-фактор
 | не ограничен |
| * Определение иммуноглобулинов класса М к вирусу краснухи (Rubella) в крови
* Определение иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи

(Rubella) в крови (количественно)***Важно!*** *В случае положительного результата IgM требуется заключение врача инфекциониста с обязательным указанием в справке, что ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ* | при наличии иммуноглобулиновкласса М - 1 месяц;при наличии иммуноглобулиновкласса G - не ограничен |
| * Клинический анализ крови: общий анализ, лейкоцитарная формула, СОЭ
 | 1 месяц |
| * Коагулограмма № 3 (протромбин по КВИКУ, МНО, фибриноген, АТIII, АЧТВ,

D-димер) | 1 месяц |
| * Общий анализ мочи с микроскопией
 | 1 месяц |
| **Анализ крови биохимический общетерапевтический:*** АЛТ
* АСТ
* Билирубин общий
* Глюкоза в плазме
* Белок общий в сыворотке
* Мочевина в сыворотке
* Креатинин
 | 1 месяц |
| * Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов женщин (**микрофлора**), 3 локализации
 | 1 месяц |
| **Кровь на гормоны *(на 2-5 день цикла):**** Антимюллеровский гормон (АМГ)
* Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)
* Лютеинизирующий гормон (ЛГ)
* Тиреотропный гормон (ТТГ)
* Антитела к тиреопероксидазе (антиТПО)
 | 6 месяцев |
| * Цитологическое исследование мазков (соскобов) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на атипию.
 | 1 год |
| * Коронавирус COVID-19 (SARS-CoV-2,РНК [реал-тайм ПЦР])
 | 7 дней |
| * Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (гистеросальпингография / контрастная эхогистеросальпингоскопия)

***Важно!*** *При проведении ВРТ по показаниям, не связанными с бесплодием (например, в случае привычного невынашивания беременности), при бесплодии, связанным с мужскими факторами, при использовании донорских ооцитов, проведение оценки проходимости маточных труб не показано* | 1 год |
| * УЗИ молочных желез пациенткам до 40 лет (при выявлении по результатам УЗИ признаков патологии молочной железы – заключение маммолога с обязательным указанием о том, что *ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ (на 7-11 день цикла)*
 | 1 год |
| * Маммография пациенткам от 40 лет и старше (в случае выявления признаков патологии по результатам маммографии - заключение онколога с обязательным указанием о том, что *ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ*
 | 1 год |
| * Флюорография
 | 1 год |
| * Регистрация Электрокардиограммы
 | 1 год |
| * Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности и родов (с обязательным указанием того, что *ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ*
 | 1 год |
| * Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) женщинам, имеющим в анамнезе, в т.ч. у близких родственников, случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней; женщинам, страдающим первичной аменореей. Заключение специалиста с обязательным указанием о том, что *ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ*
 | 1 год |
| * Заключения специалистов по другим имеющимся соматическим патологиям с обязательным указанием о том, что *ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ*
 | 1 год |
| * Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным), которое должно содержать краткую выписку из истории болезни и диагноз, результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, указание на отсутствие противопоказаний и особые условия (например, параллельное проведение антиретровирусной терапии) к оказанию данного вида медицинской помощи и вынашиванию беременности.
 | 1 месяц |
| Обследование мужчине |
| * **Спермограмма, морфология, MAR-тест**

При патоспермии необходимо представить не менее двух спермограмм, заключение уролога-андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения и заключение генетика при сложных случаях патологии спермы. ***Важно!*** *Перед проведением исследования рекомендовано 2-х - 3-х дневное воздержание от половой жизни. За неделю до исследования желательно воздержаться от спиртного, горячих ванн, посещения сауны, бани.* | 6 месяцев |
| * HIV 1,2 Ag/AbCombo (определение антител к ВИЧ типов 1 и 2 и антигена p24)
* HBsAg
* anti-HCV, антитела
* Treponemapallidum, антитела
 | 3 месяца |
| **ПЦР real-time:*** Chlamydia trachomatis
* Mycoplasma genitalium
* Neisseria gonorrhoeae
* Trichomonas vaginalis
 | 3 месяца |
| * Группа крови и резус-фактор
 | Не ограничен |

Подготовлено в соответствии с Приказом МЗРФ от 31 июля 2020 г. № 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" и Клиническими рекомендациями ВРТ Российской Ассоциации Репродукции Человека)