 ***ООО «Альфа-ЭмБио»***

***клиника женского здоровья***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Омск, ул. Волочаевская, д.11, корп.1

тел. +7 (3812) 95-55-63, 51-91-25; e-mail: [info.embio@mail.ru](mailto:info.embio@mail.ru)

**РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ЛЕЧЕНИЕМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ВРТ**

Данное обследование проводится в интересах пациентов и в соответствии с Приказом № 107н от Минздрава РФ от 30 августа 2012 года «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Часть исследований являются обязательными, они направлены на выявление скрытой патологии и позволяют предупредить серьезные осложнения **(эти исследования выделены жирным** **шрифтом)**. Объем исследований определяется индивидуально и их проведение носит рекомендательный характер (исследования приведены обычным шрифтом).

**ЖЕНЩИНЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Срок действия** | **Для заметок** |
|  | **Группа крови и резус-фактор** |  |  |
|  | **Флюорография легких** (для женщин, не проходивших это исследование более 12 месяцев); | **1 год** |  |
|  | **Результаты медико-генетического**  **обследования (заключение врача-генетика)**  **Кариотипирование** | **однократно** |  |
|  | **Микроскопическое исследование отделяемого уретры, цервикального канала, влагалища** | **1 месяц** |  |
|  | **Исследование методом Фемофлор (скрининг ПЦР-12) отделяемого цервикального канала** | **6 месяцев** |  |
|  | **Посев на микрофлору отделяемого урогенитального тракта женщины с определением чувствительности к основному спектру антибиотиков** | **1 месяц** |  |
|  | **Цитологическое исследование мазков шейки матки** | **1 год** |  |
|  | **Определение антител**  **к ВИЧ, сифилису, HbsAg, HCV,** | **3 месяца** |  |
|  | **Определение антител класса IgM, IgG, Авидность IgG**  **к вирусу простого герпеса I,II типа,**  **цитомегаловирусу, токсоплазмозу** | **6 месяцев** |  |
|  | **ДНК вируса простого герпеса (Herpes simplex virus, ВПГ ) I, II типа (кровь)** | **6 месяцев** |  |
|  | **Определение антител класса IgM, IgG**  **к вирусу краснухи в крови;** | **однократно** |  |
|  | **Исследование крови на:** **АМГ, ФСГ, ЛГ,** **пролактин,** **Е2,прогестерон,** **тестостерон, ДГА-С; ТТГ, Т4 св., Ат к ТПО;** **СА-125**  **(сдавать на 2-5 день от начала менструации)** | **6 месяцев** |  |
|  | **Биохимический анализ крови** (общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, АСТ ,АЛТ, сахар крови) **Кровь необходимо сдать натощак!** | **1 месяц** |  |
|  | **Коагулограмма** (АЧТВ,Д-димер, протромбин, тромбиновое время, фибриноген, волчаночный антикоагулянт, гомоцистеин, антитромбин III) | **1 месяц** |  |
|  | **Общий ( клинический ) анализ крови+СОЭ** | **1 месяц** |  |
|  | **Общий анализ мочи** | **1 месяц** |  |
|  | **ЭКГ** | **1 месяц** |  |
|  | **Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности** | **6 месяцев** |  |
|  | **УЗИ органов малого таза** | **6 месяцев** |  |
|  | **УЗИ молочных желез** (женщинам до 35 лет)  **Маммография** (женщинам после 35 лет) | **1 год** |  |
|  | **УЗИ щитовидной железы** | **6 месяцев** |  |
|  | **УЗИ абдоминальное** | **6 месяцев** |  |
|  | ***Кольпоскопия*** | **1 год** |  |
|  | **По показания:** | | |
|  | Гистероскопия, лапароскопия |  |  |
|  | Исследования состояния матки и маточных труб |  |  |
|  | Консультация инфекциониста |  |  |
|  | Консультация эндокринолога |  |  |
|  | Консультация специалиста по гемостазу |  |  |
|  | Документы о ранее проведенном обследовании и лечении |  |  |

Данное обследование проводится в интересах пациентов и в соответствии с Приказом № 107н от Минздрава РФ от 30 августа 2012 года «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Часть исследований являются обязательными, они направлены на выявление скрытой патологии и позволяют предупредить серьезные осложнения **(эти исследования выделены жирным** **шрифтом)**. Объем исследований определяется индивидуально и их проведение носит рекомендательный характер(исследования приведены обычным шрифтом).

**МУЖЧИНЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Срок действия анализа** | **Для заметок** |
|  | **Флюорография легких** (для мужчин, не проходивших это исследование более 12 месяцев); | **1 год** |  |
|  | **Результаты медико-генетического**  **обследования (заключение врача-генетика)**  **Кариотипирование** | **однократно** |  |
|  | **Определение антител к ВИЧ, сифилису, HbsAg, HCV,**  **вирусу простого герпеса** **I, II типа IgM, IgG** | **3 месяца** |  |
|  | **ДНК вируса простого герпеса (Herpes simplex virus, ВПГ ) I, II типа (кровь)** |  |  |
|  | **Спермограмма + морфология,** **MAR тест**  (данное исследование мы рекомендуем провести у нас в Клинике)  **NB!** Перед проведением обследования количество дней воздержания от половой жизни должно  быть не менее 2-х, но не более 5 дней. До исследования желательно воздержаться от  посещения сауны, приема горячих ванн и употребления спиртного. | **6 месяцев** |  |
|  | **Микроскопическое исследование отделяемого уретры** | **1 месяц** |  |
|  | **Исследование методом Андрофлор скрининг (отделяемого уретры )** | **6 месяца** |  |
|  | ***Исследование методом ПЦР на ДНК вируса простого герпеса I и II типа и ДНК цитомегаловируса* (отделяемого уретры)** | **6 месяцев** |  |
|  | **Консультация андролога** | **6 месяцев** |  |
|  | **По показаниям:** |  | |
|  | НВА-тест |  |  |
|  | AZF-микроделеционный анализ локусов Y хромосомы |  |  |
|  | ДНК фрагментация сперматозоидов |  |  |
|  | Консультация эндокринолога |  |  |
|  | УЗИ органов мошонки, предстательной железы |  |  |
|  | Документы о ранее проведенном обследовании и лечении |  |  |

**Всю интересующую Вас информацию Вы можете уточнить в медицинском центре Альфа-ЭмБио**

**т.95-55-63(61) , 8(913)-651-91-25**