ООО «Клинический институт репродуктивной медицины»

620014, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина, д.3, оф.503, тел 8 800 550 54 85

**Список обязательных анализов для суррогатной мамы**

**(согласно приказу Минздрава РФ № 803 н от 31.07.2020)**

**Для женщины:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | *Вид анализа* | *Срок годности анализа* |
| 1 | Определение группы крови по системе АВО и антигена D системы резус (резус фактор) | однократно |
| 2 | Общий анализ крови + СОЭ | 1 мес. |
| 3 | Биохимический анализ крови:общий белок, билирубин (общий, прямой), АЛТ, АСТ, Холестерин, Глюкоза, Мочевина, Креатинин | 1 мес. |
| 4 | Коагулограмма:АЧТВ, МНО+протромбиновое время+ПТИ, фибриноген  | 1 мес. |
| 5 | Исследование уровня антител классов М и G (IgM, JgG) к ВИЧ ½ и антигена р24, определение антител к поверхностному антигену (HbsAg) вируса гепатита В, определение суммарных антител классов М и G(anti – HCV IgM, anti – HCV JgG) к вирусу гепатита С, определение антител к бледной трепонеме (сифилис) в крови  | 3 мес. |
| 6 | Антитела к вирусу краснухи IgG, антитела к вирусу краснухи IgM | однократно |
| 7 | Анализ крови на гормоны : АМГ  | 6 мес |
| 8 | Анализ крови на гормоны (2-3 день менструального цикла):ФСГ | 6 мес |
| 9 | Мазок на флору (микроскопическое исследование отделяемого из урогенитального тракта: цервикальный канал+влагалище) | 1 мес. |
| 10 | Цитологическое исследование соскоба с шейки матки и из цервикального канала (онкоцитология) | 1 год  |
| 11 | Молекулярная диагностика методом ПЦР соскоба из цервикального канала на Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) | 3 мес |
| 12 | Общий анализ мочи | 1 мес |
| 13 | Флюорография (по месту жительства) | 1 год |
| 14 | Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (консультация терапевта) | 1 год |
| 15 | Электрокардиограмма (ЭКГ) | 1 год |
| 16 | УЗИ молочных желез 5-12 д.м.ц (до 39 лет)Маммография (по месту жительства) (после 40 лет и старше) | 1 год |
| 17 | Справка из наркологического диспансера  | 1 год  |
| 18 | Справка из психоневрологического диспансера  | 1 год  |

**Список дополнительных анализов на обороте**

**\*Список дополнительных анализов перед проведением программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)/искусственной инсеминации (ИИ)**

**(согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация» от 05.03.2019, клиническим рекомендациям МЗ РФ «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» от 05.03.2019, клиническому протоколу «Прегравидарная подготовка» МАРС (междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины, версия 2.0, 2020 год)**

**Для женщины**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | *Вид анализа* | *Срок годности анализа* |
| 1. | Анализ крови на гормоны : пролактин (ПРЛ), ЛГ, эстрадиол, ТТГ, Ат-ТПО  | 1 год  |
| 2. | Кариотипирование клеток периферической крови  | однократно  |
| 3. | Определение концентрации гомоцистеина  | 1 год  |
| 4. | Определение в сыворотке крови уровня 25 (ОН) Д  | 6 мес |
| 5. | Определение уровня ферритина в крови  | 6 мес  |
| 6. | УЗИ щитовидной железы  | 1 год  |
| 7 | Кольпоскопия  | 1 год  |
| 8. | Молекулярная диагностика методом ПЦР соскоба из цервикального канала на ДНК папилломавирусов высокого канцерогенного риска (16,18, 31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68)  | 5 лет  |
| 9. | Консультация маммолога | 1 год |
| 10. | Консультация эндокринолога  | 1 год |

**\*назначаются врачом по показаниям**