

**Приложение**  
к Договору на ведение беременности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года

г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**«Контракт обычный (при постановке на учет по ведению беременности с 1 по 12 неделю).  
1-й триместр».**

№	Перечень осмотров и исследований	Кратность
1.	Повторная консультация акушера гинеколога по беременности	4
2.	УЗИ малого таза при сроках беременности от 12 до 24 недель	1
3.	УЗИ малого таза при сроках беременности до 12 недель	1
4.	ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С	1
5.	Антитела класса IgG к вирусу краснухи (Anti-Rubella IgG)	1
6.	Антитела класса IgM к вирусу краснухи (Anti-Rubella IgM)	1
7.	TORCH комплекс	1
8.	Группа крови (АВ0)	1
9.	Резус-принадлежность (резус-фактор)	1
10.	Определение антирезус антител	1
11.	Клинический анализ крови	1
12.	Ферритин	1
13.	Железо	1
14.	Общий белок	1
15.	Альбумин	1
16.	Мочевина	1
17.	Креатинин	1
18.	Билирубин общий	1
19.	Билирубин прямой	1
20.	Аланинаминотрансфераза	1
21.	Аспартатаминотрансфераза	1
22.	Глюкоза	1
23.	Холестерин	1
24.	Липопротеины высокой плотности	1
25.	Липопротеины низкой плотности	1
26.	Триглицериды	1

27.	Гликированный гемоглобин HbA1C	1
28.	Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин)	1
29.	T4 свободный (Тироксин свободный)	1
30.	Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО, микросомальные антитела)	1
31.	С-реактивный белок	1
32.	Общий анализ мочи	3
33.	Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам.	1
34.	Жидкостная цитология. Цитологическое исследование биоматериала шейки матки.	1
35.	Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Грамму	1
36.	Выявление возбудителей ИППП (4+КМВ): определение ДНК	1
37.	Скрининг микрофлоры урогенитального тракта. Фемофлор Скрин.	1
38.	Регистрация электрокардиограммы	1
39.	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1
40.	Консультация терапевта\кардиолога	1
41.	Консультация эндокринолога	1
42.	Консультация оториноларинголога	1
43.	Получение влагалищного мазка	2
44.	Получение мазка из цервикального канала	1
45.	Взятие крови из периферической вены	3

<p><b>Пациент:</b> ФИО: _____</p> <p>Подпись _____</p>	<p><b>Клиника:</b> ООО «ММЦ Медикал Он Груп – Подольск»</p> <p>Представитель по доверенности _____</p> <p>/ _____ /</p>
------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------