

Приложение
к Договору на ведение беременности № _____ от _____ года

Г. _____ « ____ » _____ 20__ года

**«Контракт обычный (при постановке на учет по ведению беременности с 13 до 28 недель).
 2-й триместр».**

№	Перечень осмотров и исследований	Кратность
1.	Повторная консультация акушера гинеколога по беременности	4
2.	УЗИ шейки матки во время беременности	2
3.	УЗИ малого таза при сроках беременности от 24 до 36 недель	2
4.	УЗИ малого таза при сроках беременности от 12 до 24 недель	1
5.	ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С	1
6.	Антитела класса IgG к вирусу краснухи (Anti-Rubella IgG)	1
7.	Антитела класса IgM к вирусу краснухи (Anti-Rubella IgM)	1
8.	TORCH комплекс	1
9.	Группа крови (AB0)	1
10.	Резус-принадлежность (резус-фактор)	1
11.	Определение антирезус антител	1
12.	Клинический анализ крови	1
13.	Ферритин	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.	Гликированный гемоглобин HbA1C	1
24.	Глюкозотолерантный тест при беременности (плазма крови) 24-28 недель, до 32 недель.	1
25.	Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин)	1

26.	Т4 свободный (Тироксин свободный)	1
27.	Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО, микросомальные антитела)	1
28.	С-реактивный белок	1
29.	Общий анализ мочи	4
30.	Посев мочи на микрофлору, определение чувствительности к антимикробным препаратам.	1
31.	Жидкостная цитология. Цитологическое исследование биоматериала шейки матки.	1
32.	Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазка, окрашенного по Грамму	1
33.	Выявление возбудителей ИППП (4+КМВ): определение ДНК	1
34.	Скрининг микрофлоры урогенитального тракта. Фемофлор Скрин.	1
35.	Регистрация электрокардиограммы	1
36.	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1
37.	Консультация терапевта\кардиолога	1
38.	Консультация эндокринолога	1
39.	Консультация оториноларинголога	1
40.	Получение влагалищного мазка	1
41.	Получение мазка из цервикального канала	1
42.	Взятие крови из периферической вены	3

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