



## СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ЭКО

(согласно перечню Приказа Минздрава России от 31.07.2020г. № 803н)

\*\*\*Анализы, отмеченные звездочкой, носят рекомендательный характер

Код	Цена	Наименование результатов обследования	Срок годности
<b>ОБОИМ СУПРУГАМ:</b>			
07-032	435	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 в крови	<b>3 месяца</b>
07-025	470	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	
07-009	825	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови	
07-049	505 <b>1170</b>	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови <i>Важно! В случае положительного результата требуется заключение врача инфекциониста из государственного медицинского учреждения по месту жительства с обязательным указанием в справке, что</i> <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b>	
07-042	665	Определение иммуноглобулинов класса М к вирусу краснухи (Rubella) в крови	<i>при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц;</i>  <i>при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен</i>
07-040	505 <b>1170</b>	Определение иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи (Rubella) в крови <i>Важно! В случае положительного результата IgM требуется заключение врача инфекциониста с обязательным указанием в справке, что</i> <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b>	
09-002	320	<b>ПЦР real-time:</b> Хламидия трахоматис	<b>3 месяца</b>
09-025	320	Микоплазма гениталиум	
09-027	320	Нейсерия гонорея	
09-030	320	Трихомонада вагиналис	
09-031	320	Уреоплазмапарвум ***	
09-032	320	Уреоплазмауреалитикум ***	
09-013	320	Герпес 1,2 типа ***	
09-003	320	Цитомегаловирус***	
09-026	320	Микоплазма хоминис***	
	<b>2880</b>		
40-008	<b>590</b>	Группа крови и резус-фактор	<b>Не ограничен</b>
<b>ЖЕНЕ:</b>			
02-029	<b>665</b>	Общий (клинический) анализ крови	<b>1 месяц</b>
03-015	<b>550</b>	Коагулограмма № 2 (протромбин по КВИКУ, МНО, фибриноген)	<b>1 месяц</b>
02-006	<b>325</b>	Общий анализ мочи	<b>1 месяц</b>
06-003	190	<b>Анализ крови биохимический общетерапевтический:</b> АЛТ АСТ билирубин сахар общий белок мочевина	<b>1 месяц</b>
06-010	190		
06-036	200		
06-015	190		
06-035	225		
06-034	225		
	<b>1220</b>		
08-093	1705	<b>Кровь на гормоны:</b> Антимюллеровский гормон (АМГ) Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) Тиреотропный гормон (ТТГ) *** Лютеинизирующий гормон (ЛГ) *** АТ к ТПО *** Пролактин *** <i>(на 2-5 день цикла)</i>	<b>6 месяцев</b>
08-119	485		
08-118	400		
08-111	495		
13-088	580		
08-122	525		
	<b>4190</b>		

08-112	495	<b>Кровь на гормоны</b> Прогестерон (на 19-21 день цикла)	1 год
12-001	600	Цитологическое исследование мазков (соскобов) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на атипию	1 год
02-003	480	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц
09-185	1800	Коронавирус COVID-19 (SARS-CoV-2,PHK [реал-тайм ПЦР])	7 дней
	7000	Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (гистеросальпингография / контрастная эхогистеросальпингоскопия)  <i>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 с помощью гистеросальпингографии и/или соногистеросальпингографии не показано</i>	1 год
	1500	УЗИ органов малого таза (с указанием точного количества фолликулов диаметром до 1 см в обоих яичниках)	<b>В течение 2-х недель перед началом лечения</b>
		Оценка состояния эндометрия: УЗИ эндометрия, по показаниям – гистероскопия и/или биопсия эндометрия	1 год
	400	Забор биоматериала (мазок урогенитальный, из зева)	
	400	Забор крови	
УЗИ молочных желез пациенткам до 40 лет (при выявлении по результатам УЗИ признаков патологии молочной железы – заключение маммолога с обязательным указанием о том, что <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ (на 7-11 день цикла)</b> )			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 <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b> )			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 <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b> )			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 <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b>			1 год
Заключения специалистов по другим имеющимся соматическим патологиям с обязательным указанием о том, что <b>ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</b>			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
<b>МУЖУ:</b>			
5000	Спермограмма, морфология, MAR-тест  При патоспермии необходимо представить не менее двух спермограмм и заключение уролога-андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения.  <i>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.</i>		6 месяцев