



СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРЭ

***Анализы, отмеченные звездочкой, носят рекомендательный характер

Код	Цена	Наименование результатов обследования	Срок годности
07-032	435	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 в крови	3 месяца
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	535 2265	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> ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ	
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 1170	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> ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ	
09-002	320	ПЦР real-time: Хламидия трахоматис Микоплазма гениталиум Нейсерия гонорея Трихомонада вагиналис Уреоплазмапарвум *** Уреоплазмауреалитикум *** Герпес 1,2 типа *** Цитомегаловирус*** Микоплазма хоминис***	3 месяца
09-025	320		
09-027	320		
09-030	320		
09-031	320		
09-032	320		
09-013	320		
09-003	320		
09-026	320		
	2880		
02-029	665	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц
03-015	550	Коагулограмма № 2 (протромбин по КВИКУ, МНО, фибриноген)	1 месяц
02-006	325	Общий анализ мочи	1 месяц
06-003	190	Анализ крови биохимический общетерапевтический: АЛТ АСТ билирубин сахар общий белок мочевина	1 месяц
06-010	190		
06-036	200		
06-015	190		
06-035	225		
06-034	225		
	1220		
08-093	1705	Кровь на гормоны: Антимюллеровский гормон (АМГ) Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) Тиреотропный гормон (ТТГ) *** Лютеинизирующий гормон (ЛГ) *** АТ к ТПО *** Пролактин *** <i>(на 2-5 день цикла)</i>	6 месяцев
08-119	485		
08-118	400		
08-111	495		
13-088	580		
08-122	525		
	4190		
08-112	495	Кровь на гормоны Прогестерон <i>(на 19-21 день цикла)</i>	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,РНК [реал-тайм ПЦР])	7 дней
	1500	УЗИ органов малого таза (с указанием точного количества фолликулов диаметром до 1 см в обоих яичниках)	В течение 2-х недель перед началом лечения
		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 ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ (на 7-11 день цикла))			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 ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ)			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 ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ)			1 год
Заключения специалистов по другим имеющимся соматическим патологиям с обязательным указанием о том, что ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ			1 год