



СПИСОК НЕОБХОДИМЫХ АНАЛИЗОВ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ЭКО

(согласно перечню Приказа Минздрава России от 31.07.2020г. № 803н и клиническим рекомендациям Российской Академии Репродуктологии человека (РАРЧ))

Код	Цена	Наименование результатов обследования	Срок годности
ОБОИМ СУПРУГАМ:			
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	Определение антител к бледной трепонеме (Трепонемараллидум) в крови	
	2265	<i>Важно! В случае положительного результата требуется заключение врача инфекциониста из государственного медицинского учреждения по месту жительства с обязательным указанием в справке, что ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</i>	
ПЦР real-time:			
09-002	320	Хламидия трахоматис	3 месяца
09-025	320	Микоплазма гениталиум	
09-027	320	Нейсерия гонорея	
09-030	320	Трихомонада вагиналис	
09-031	320	Уреоплазма парвум	
09-032	320	Уреоплазма уреалитикум	
09-013	320	Герпес 1,2 типа	
09-003	320	Цитомегаловирус	
09-026	320	Микоплазма хоминис	
	2880		
40-008	590	Группа крови и резус-фактор	Не ограничен
ЖЕНЕ:			
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
07-042	665	Определение иммуноглобулинов класса М к вирусу краснухи (Rubella) в крови	<i>при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц;</i>
07-040	505	Определение иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	
	1170	<i>Важно! В случае положительного результата IgM требуется заключение врача инфекциониста с обязательным указанием в справке, что ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОЦЕДУРАМ ВРТ НЕТ</i>	<i>при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен</i>
Анализ крови биохимический общетерапевтический:			
06-003	190	АЛТ	1 месяц
06-010	190	АСТ	
06-036	200	билирубин	
06-015	190	сахар	
06-035	225	общий белок	
06-034	225	мочевина	
	1220		

08-093 08-119 08-118 08-111 13-088 08-122	1705 485 400 495 580 525 4190	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
08-112	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,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)	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
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 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
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
МУЖУ:			
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