

Рекомендуемое обследование перед проведением процедур ВРТ:

Предоставить документы о ранее проведенном обследовании и лечении

Обоим супругам:

1	Кровь на RW, ВИЧ, HBsAg (JgM и JgG), HCV (JgM и JgG) (действительны 3 месяца)
2	Группа крови и резус фактор (бессрочно)
3	ПЦР на chlam. trachomatis, mycopl. genitalium, trichomonas vaginalis, neisseria gonorrhoeae (действительны 3 месяцев).
4	Психиатр и нарколог (действителен 1 год)
5	Заключение генетика (по показаниям - действительно 1 год)
6	Флюорография (действителен 1 год)

Мужу:

7	Спермограмма (действителен 6 мес)
8	Консультация андролога в «Клинике репродукции «Философии жизни» (по показаниям)

Жене:

9	Клинический анализ крови (действителен 1 месяц)
10	Коагулограмма (РФМК, фибриноген, АПТВ) (действителен 1 месяц)
11	Общий анализ мочи (действителен 1 месяц)
12	Биохимический анализ крови (АЛАТ, АСАТ, билирубин, сахар, общий белок, мочевины, креатинин) (действителен 1 месяц)
13	Анализ крови на ЛГ, эстрадиол, тестостерон свободный, пролактин (на 2-5 день цикла), прогестерон (20-22 день цикла) (действительны 1 год)
14	Анализ крови на АМГ, ФСГ (2-5 день цикла) (действительно 6 мес)
15	Анализ крови на ТТГ (действительно 1 год) в любой день цикла
16	Анализ крови на антитела IgG, IgM к краснухе (1 мес- приналичии IgM; при наличии IgG – не ограничен)
17	Мазок на степень частоты (действителен 1 месяц)
18	Цитологическое исследование мазков шейки матки (РАР)- (действительно 1 год)
19	Исследование состояния матки и маточных труб (гистеросальпингография, ЭГСГ, гистероскопия, лапароскопия), пайпель-биопсия эндометрия с 8-12 д.ц. по показаниям)
20	УЗИ органов малого таза с подсчетом антральных фолликулов (с 5-10 д. ц. в «Клинике репродукции «Философии Жизни» (действителен 1 год) УЗИ органов малого таза (2 недели перед ВРТ)
21	УЗИ молочных желез (до 40 лет) (действительно 1 год)
22	ЭКГ (действителен 1 год) заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (действителен 1 год)
23	Маммография (пациенткам 40 лет и старше действительна 1 год)
24	Заключение маммолога (действителен 1 год) (по показаниям)
25	Консультация эндокринолога с анализами (действителен 1 год) (по показаниям)
26	Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (действителен 1 год)

Рекомендуемое обследование перед проведением процедуры

КРИОПЕРЕНОСА эмбрионов

Предоставить документы о ранее проведенном обследовании и лечении

1	Кровь на RW, ВИЧ, HBsAg (JgM и JgG), HCV (JgM и JgG) (действительны 3
---	---

	месяца)
2	Группа крови и резус фактор (бессрочно)
3	ПЦР на chlam. trachomatis, mycopl. genitalium, trichomonas vaginalis, neisseria gonorrhoeae (действительны 3 месяцев).
4	Психиатр и нарколог (действителен 1 год)
5	Флюорография (действителен 1 год)
6	Клинический анализ крови (действителен 1 месяц)
7	Коагулограмма (АПТВ, РФМК, фибриноген, Д-димер) (действителен 1 месяц)
8	Общий анализ мочи (действителен 1 месяц)
9	Биохимический анализ крови (АЛАТ, АСАТ, билирубин, сахар, общий белок, мочеви́на, креатинин) (действителен 1 месяц)
10	Анализы крови пролактин (на 2-5 день цикла)
11	Анализы крови на ТТГ, Т4 (действительно 1 год) в любой день цикла
12	Анализ крови на антитела IgG, IgM к краснухе (1 мес- приналичии IgM; при наличии IgG – не ограничен)
13	Мазок на степень частоты (действителен 1 месяц)
14	Мазок на онкоцитологию (действительно 1 месяц)
15	УЗИ органов малого таза (действительно 1 месяц)
16	УЗИ молочных желез (до 40 лет) (действительно 1 год)
	УЗИ щитовидной железы (действительно 1 год)
17	ЭКГ (действителен 1 год)
	Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (действителен 1 год)
18	Маммография (пациенткам 40 лет и старше действительна 1 год)
19	Заключение маммолога (действителен 1 год) (по показаниям)
20	Консультация эндокринолога с анализами (действителен 1 год) (по показаниям)