## Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение Здравоохранения

***«Городская Мариинская больница***»

**Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

Адрес: 191 104 Санкт-Петербург, Литейный пр. дом 56, тел. 275-72-40, 920-25-48

[www.mariin.ru/ivf](http://www.mariin.ru/ivf) ; ivf@mariin.ru

В соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ №803 Н 31.07.2020 и клиническими рекомендациями №15-4/4/2-1908 от 05.03.2019

***Женщине***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Исследование** | **Дата** | **Срок годности** | **Примечание** |
|  | **Анализ крови** |
| 1 | Общий (клинический) анализ крови |  | **1 мес.** |  |
| 2 | Анализ крови биохимический общетерапевтический |  | **1 мес.** |  |
| 3 | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)  |  | **1 мес.** |  |
| 4 | ВИЧ, сифилис, гепатит В и С |  | **3 мес.** |  |
| 5 | АМГ и ФСГ (2-5 д.м.ц.) |  | **6 мес** |  |
| 6 | ТТГ и пролактин |  | 1 год |  |
| 7 | Лютеинизирующий гормон (ЛГ), Эстрадиол, А/т к ТПО (2-5 д.м.ц)Прогестерон (21-23 д.м.ц) |  | 1 год | **по показаниям** |
| 8 | Иммуноглобулины класса M и G к вирусу краснухи (Rubella)  |  |  При наличии Ig M - 1 мес, Ig G – не ограничен. |
| 9 | Определение группы крови и резус-фактора |  | однократно |  |
|  | **Мазки**  |
| 10 | Мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры  |  | **1 мес** |  |
| 11 | ПЦР соскоба из цервикального канала **-** |  |  |  |
|  | **-** Хламидии  |  | **3 мес** |  |
|  | **-** Микоплазму хоминис и гениталиум |  |  |
|  | **-** Уреаплазму уреалитикум  |  |  |
|  | **-** Гонорею  |  |  |
|  | **-** Трихомонады  |  |  |
|  | **-** Цитомегаловирус  |  | 1 год |  |
|  | **-** Вирус простого герпеса 1,2,  |  |  |
| 12 | Цитологическое исследование шейки матки и цервикального канала |  | 1 год |  |
|  |  |  |  |  |
| 13 | Общий анализ **мочи** |  | **1 мес.** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Исследования , консультации** |  |  |  |
| 14 | Оценка проходимости маточных труб с помощью КУЗГСС / ГСГ / лапароскопия  |  | 1 год | **по показаниям** |
| 15 | УЗИ органов малого таза |  | 6 мес | 2-3 д.м.ц, включая определение количества антральных фолликулов |
| 16 |  УЗИ молочных желез.  |  | 1 год | На 7-11 д.м.ц.В случае выявления признаков патологии– консультация **онколога.** |
| 17 | Маммография |  | 1 год | **Женщинам старше 40 лет**В случае выявления признаков патологии – консультация **онколога**. |
| 18 | Флюорография легких |  | 1 год |  |
| 19 | Регистрация ЭКГ |  | 1 год |  |
| 20 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта. |  | 1 год | Заключение об отсутствии противопоказаний к ЭКО и возможности вынашивания беременности  |
| 21 |  Консультация врача-генетика Исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) пары |  | 1 год | **по показаниям**Кровь на кариотип срок годности не ограничен |
| 22 | Консультация врача-эндокринолога |  |  | **по показаниям**  |
| 23 | Заключение инфекциониста  |  | **1 мес** | **по показаниям** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Мужчине***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | СпермограммаМорфология по КрюгеруМАР-тест |  | 6 мес. | «Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека. 5е издание, 2010 г.» |
|  |
|  |
| 1а | При **патоспермии - 2** спермограммы и заключение уролога  |  | 6 мес. |  |
| 2 | Анализ **крови** на ВИЧ, сифилис, гепатит В и С |  | **3 мес.** |  |
| 3 | **ПЦР** соскоба из уретры и/или эякулята - |  |
|  | - Хламидии  |  | **3 мес** |  |
|  | - Микоплазму хоминис  |  |  |
|  | - Микоплазму гениталиум  |  |  |
|  | - Уреаплазму уреалитикум  |  |  |
|  | - Гонорею  |  |  |
|  | - Трихомонады  |  |  |
|  |  |  |  |  |