

ООО «Ай-Клиник СЗ»

Россия, 197110, Санкт-Петербург, ул. Корпусная , д. 9, литер А, пом. 69Н
Тел: (812) 677-56-17 E-mail: iclinic@iclinic-spb.ru

Лист обследования перед ЭКО согласно Приказу МЗ РФ №803Н от 31.07.2020 и клиническим рекомендациям, утвержденным Приказом №15-4/4/2-1908 от 28.06.21.

Для женщин

| № | Тип обследования | Срок действия | Примечание |
|---|--|---------------------------------------|---|
| 1 | ПЦР мазок на Coronavirus SARS-CoV-2 | Не позднее 7 дней до начала протокола | |
| 2 | Уровень АМГ в крови - независимо от фазы менструального цикла | 6 мес. | |
| 3 | Уровень ФСГ в крови - 2-5 день менструального цикла | 6 мес. | |
| 4 | Оценка проходимости маточных труб (выписки операций, рентгенологические и ультразвуковые исследования) - 7-12 день менструального цикла | Не ограничен | |
| 5 | Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры | 1 мес. | |
| 6 | Определение антител к бледной трепонеме в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 7 | Исследование уровня антител классов М, G (Ig M, Ig G) к вирусу иммунодефицита человека - ½ и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV ½ + Agp24) в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 8 | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 9 | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |

| | | | |
|----|--|------------------------------|--|
| 10 | Микробиологическое исследование отделяемого из наружного зева шейки матки методом ПЦР на: хламидии, микоплазму хоминис, микоплазму гениталиум, уреоплазму парвум, уреоплазму уреалитикум, гонорею, трихомонады | 3 мес. | |
| 11 | Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи в крови (количественно) 1) при наличии иммуноглобулинов класса М 2) при наличии иммуноглобулинов класса G | 1) 1 мес. 2) Не ограничен | |
| 12 | Общий (клинический) анализ крови | 1 мес. | |
| 13 | Анализ крови биохимический общетерапевтический | 1 мес. | |
| 14 | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | 1 мес. | |
| 15 | Общий (клинический) анализ мочи | 1 мес. | |
| 16 | Определение группы крови и резус-фактора | Не ограничен | |
| 17 | Уровень тиреотропного гормона - независимо от фазы цикла | 1 год | Сдача анализа до 12 часов утра натощак |
| 18 | Уровень пролактина - 2-5 день менструального цикла | 1 год | Сдача анализа до 12 часов утра натощак |
| 19 | Цитологическое исследование шейки матки и цервикального канала | 1 год | |
| 20 | Ультразвуковое исследование органов малого таза | 14 дней | |
| 21 | Флюорография легких | 1 год | |
| 22 | Регистрация электрокардиограммы + лента | 1 год | |
| 23 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта | 1 год | Требуется заключение об отсутствии противопоказаний к проведению ЭКО и беременности. |
| 24 | Ультразвуковое исследование молочных желез - 5-12 день менструального цикл, заключение приложить. В случае выявления признаков патологии по результатам УЗИ - консультация онколога/маммолога (всем женщинам) | 1 год | |
| 25 | Маммография (женщинам старше 40 лет). В случае выявления признаков патологии по результатам УЗИ - консультация маммолога | 1 раз в 2 года | |
| 26 | Осмотр (консультация) врача-генетика (по показаниям; обязательно женщинам старше 35 лет) | | Требуется заключение об отсутствии противопоказаний к проведению ЭКО и беременности. |
| 27 | Кровь на кариотипы - исследование хромосомного аппарата (по показаниям) | 1 год | |

| | | | |
|----|--|--------|--|
| 28 | Осмотр (консультация) врача-эндокринолога и других специалистов (по показаниям) | 1 год | Требуется заключение об отсутствии противопоказаний к проведению ЭКО и беременности. |
| 29 | Кровь на Лютеинизирующий гормон (ЛГ), Эстрадиол, Тестостерон, А/т к ТПО - независимо от фазы цикла (по показаниям) | 1 год | |
| 30 | Кровь на прогестерон - за 7 дней до месячных (по показаниям) | 1 год | |
| 31 | Заключение инфекциониста (по показаниям) | 1 мес. | |

Для мужчин

| № | Тип обследования | Срок действия | Примечание |
|---|--|---------------------------------------|---|
| 1 | ПЦР мазок на Coronavirus SARS-CoV-2 | Не позднее 7 дней до начала протокола | |
| 2 | Спермограмма + MAR-test | 6 мес. | |
| 3 | При патоспермии - заключение уролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения и 2 спермограммы | 6 мес. | |
| 4 | Определение антител к бледной трепонеме в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 5 | Исследование уровня антител классов М, G (Ig M, Ig G) к вирусу иммунодефицита человека – 1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 6 | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |
| 7 | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | 3 мес. | В случае положительного результата требуется заключение инфекциониста |

| | | | |
|---|--|--------|--|
| 8 | Микробиологическое исследование методом ПЦР на: хламидии, микоплазму хоминис, микоплазму гениталиум, уреаплазму парвум, уреаплазму уреалитикум, гонорею, трихомонады | 3 мес. | |
|---|--|--------|--|