Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ООО «Мать и дитя Санкт-Петербург» | Медицинская документация | | |
| (наименование медицинского учреждения) | Форма № 057/у-04 |  |  |
| г. Санкт-Петербург |  | | |
| Проспект Средний В.О, д. 88 пом. 4-Н | утверждена приказом Минздравсоцразвития России | | |
|  | от 22 ноября 2004 года № 255 | | |
| (адрес) |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН | 1 | 1 | 0 | 7 | 8 | 4 | 7 | 1 | 0 | 2 | 5 | 6 | 0 |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на госпитализацию, обследование, консультацию**

(нужное подчеркнуть)

|  |
| --- |
| ООО «Мать и дитя Санкт-Петербург» |
| (наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Номер страхового |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

полиса ОМС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Код льготы |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Фамилия, имя, отчество | | | | | |  | | | | | | | |
| 4. Дата рождения |  | | | | | | | |  | | | | |
| 5. Адрес постоянного места жительства | | | | | | | | | | | Санкт-Петербург, | | |
| 6. Место работы, должность | | | | |  | | | | | | | | |
| 7. Код диагноза по МКБ | | | N | 9 | | | | 7 | . | |  | |  |
| 8. Обоснование направления | | | | |  | | | | | | | | |
| Учитывая мужской / трубно-перитонеальный / абсолютный трубный / эндокринный фактор бесплодия, показано ЭКО+ИКСИ | | | | | | | | | | | | | |
| Учитывая мужской / трубно-перитонеальный / абсолютный трубный / эндокринный фактор бесплодия и наличие у пациентки криоконсервированных эмбрионов, показано проведение процедуры переноса размороженных эмбрионов на фоне заместительной гормональной терапии. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность медицинского работника, направившего больного | Заведующий отделением ВРТ ОМС |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Казанцев В.А. |  |  |
| Ф. И. О. |  | подпись |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением | Казанцев В.А. |  |  |
|  | Ф. И. О. |  | подпись |

08.01.2019

М. П.

ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. женщины |  |
| Ф.И.О. мужчины |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Перечень  исследований | Результат | Примечание |
| 1. | Уровень АМГ в крови | цифра | более 1,0 нг/мл |
| 2. | Спермограмма (при патоспермии необходимо представить не менее двух спермограмм) | дата | («Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека.Пятое издание, 2010 г.») исследование включает:  спермограмму, тест на строгую морфологию по критериям Крюгера и МАR-тест |
| 2а. | При патоспермии - заключение андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения | дата |  |
| 3. | Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии) в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия) | дата |  |
| 4. | Определение антител к бледной трепонеме в крови женщины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 5. | Определение антител к бледной трепонеме в крови мужчины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 6. | Определение антител класса М, в к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С женщины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 7. | Определение антител класса М, О к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С мужчины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 8. | Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры (женщина) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 9. | Микроскопическое исследование: мазок из уретры (мужчина) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 10. | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2, цитомегаловирус методом ПЦР (женщина) | дата | Однократно |
| 11. | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2 методом ПЦР (мужчина) | дата | Однократно |
| 12. | Посев из влагалища на патогенную флору | дата | Однократно |
| 13. | Определение антител класса М, Ц к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу, вирусу краснухи в крови (женщина) | дата | Однократно |
| 14. | Определение антител класса М, О к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу (мужчина) | дата | Однократно |
| 15. | Общий (клинический) анализ крови | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 16. | Анализ крови биохимический общетерапевтический | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 17. | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 18. | Определение группы крови и резус- фактора | дата | Однократно |
| 19. | Уровень тиреотропного гормона | дата | Однократно |
| 20. | Уровень пролактина | дата | Однократно |
| 21. | Общий анализ мочи | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 22. | Цитологическое исследование шейки матки | дата | Однократно |
| 23. | Ультразвуковое исследование органов малого таза | дата | Однократно.  Указать точное количество фолликулов диаметром до 1 см на 2- 3-й день цикла в обоих яичниках |
| 24. | Флюорография легких | дата | Однократно.  Для женщин, не проходивших это  исследование более 12 мес. |
| 25. | Регистрация электрокардиограммы | дата | Однократно |
| 26. | Прием (осмотр, консультация) врача- терапевта | дата | Заключение о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности и родов приложить перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 27. | Ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы - консультация онколога | дата | Однократно. Женщинам до 35 лет. Заключение приложить |
| 28. | Маммография. В случае выявления признаков патологии по результатам маммографии - консультация онколога | дата | Однократно. Женщинам старше 35 лет.  Заключение приложить |
| 29. | Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) | дата | Женщинам, имеющим в анамнезе, в т.ч. у близких родственников, случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней; женщинам, страдающим первичной аменореей. Заключение приложить |
| 30. | Осмотр (консультация) врача- эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников | дата | При выявлении  эндокринных  нарушений.  Заключение приложить |