

**ПРОГРАММА**  
**ведения I триместра нормально протекающей беременности**

Программа разработана в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с учетом медицинских стандартов на современном этапе.

На период действия договора Пациент в медицинском центре закрепляется за «**Личным врачом**» (**врач-акушер-гинеколог** \_\_\_\_\_), связаться с которым можно через регистратуру медицинского центра (тел. +7 495 663 23 55).

**Объем услуг, оказываемых по программе:**

Содержание услуги	I триместр
Осмотр акушером-гинекологом (дополнительные осмотры – по показаниям)	1 раз в 3 недели
Терапевт	Не более 2-х раз
Отоларинголог, Офтальмолог, Стоматолог	Однократно
Кардиолог, Хирург, Уролог, Гастроэнтеролог, Эндокринолог, Невролог	Однократно (по показаниям)
Анализ крови общий	1 раз в месяц (дополнительно по показаниям)
Анализ крови общий с лейкоцитарной формулой	Однократно (по показаниям)
Анализ мочи общий	По показаниям
Анализ мочи по Нечипоренко	Однократно (по показаниям)
Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам	По показаниям
Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, глюкоза, билирубин общий, билирубин прямой, холестерин общий, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, магний, кальций общий, калий, натрий, хлор)	Однократно
Определение группы крови и резус-фактор	Однократно
Антитела к резус-фактору (качеств.), <i>при отрицательном резус-факторе.</i>	Однократно (по показаниям)
Коагулограмма для беременных (АЧТВ, тромбиновое время, протромбиновое время, Фибриноген, Д-димер, РФМК, МНО, ВА)	Однократно
<b>Пренатальный скрининг (выявление пороков развития у плода)*</b>	<b>В 11-13 недель В-ХГЧ, РАРР-А</b>
RW, ВИЧ, anti-HBs, anti-HCV	Однократно
Анализ крови на сифилис (АТ IgG и IgM)	Однократно (по показаниям)
Определение антител к краснухе, токсоплазме	Однократно
Определение гормонального статуса (В-ХГЧ, прогестерон, св. Т3, св. Т4, ТТГ)	Однократно (по показаниям)
Электрокардиограмма	Однократно
УЗИ матки и плода	В 11-13 недель (дополнительно по показаниям не более 2-х раз)
Цервикометрия	Однократно
УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, молочных желез, почек, мочевого пузыря	Однократно (по показаниям)
Мазок на флору	Однократно
Обследование на ИППП методом ПЦР ( <i>мазок</i> )(Хламидия трахоматис, микоплазма гениталиум, трихомонас вагиналис, нейссерия гонорей).	Однократно

Содержание услуги	I триместр
Хламидия трахоматис ( <i>кровь</i> ) IgG, IgM, IgA	Однократно (по показаниям)
Посев отделяемого из цервикального канала	Однократно (по показаниям)
Мазок на онкоцитологию	Однократно
Внутривенное вливание Внутримышечные инъекции	По показаниям, не более 5 раз
Забор материала на лабораторные исследования	По показаниям

\* Во исполнение приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.10.2020 г. № 1130, проведение пренатального скрининга в 11-13 недель производится в специализированной медицинской организации: **ООО «Центр медицины плода «МЕДИКА»**, осуществляющей экспертный уровень пренатальной диагностики по адресу: г. Москва, ул. Мясницкая, дом 32, стр.1.

Пациент самостоятельно производит запись на оказание данной медицинской услуги по телефону единого контакт-центра: +7-495-215-12-15, ежедневно с 9-00-21-00, сообщив оператор свое ФИО полностью и наименование компании «Заказчика»: «МЧУ «Медицинский центр «РАМБАМ»».

МЦ «РАМБАМ» оплачивает данную услугу по гарантийному письму в соответствии с Договором № 01-05/09-22 от 05.09.2022 г.

➤ **Выдача медицинской документации.**

Медицинский центр выдает всю необходимую медицинскую документацию, связанную с ведением беременности.

➤ **Дополнительные медицинские услуги.**

По настоящей Программе предоставляются только вышеперечисленные услуги. Медицинские услуги, не входящие в стоимость Программы, оказываются Пациенту за дополнительную плату, согласно действующему прайс – листу МЧУ «Медицинский центр «РАМБАМ»».

### Подписи Сторон

**МЕДИЦИНСКОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»»**

Директор (Главный врач)  
Финберг М. Л.

**ПАЦИЕНТ:**

Фамилия Имя Отчество

\_\_\_\_\_

**С условиями программы ознакомлена и согласна**

МП

\_\_\_\_\_

(подпись)

дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.