

## РАСШИРЕННАЯ ПРОГРАММА ведения 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	II триместр	III триместр
Осмотр акушером-гинекологом (дополнительные осмотры – по показаниям)	1 раз в 3-4 недели	1 раз в 2-3 недели	1 раз в 7-10 дней
Офтальмолог, Оториноларинголог, Стоматолог,	Однократно		Однократно
	Дополнительно по показаниям, но не более 2-х раз		
Терапевт	По показаниям, не более 5 раз		
Хирург, Гастроэнтеролог, Невролог, Флеболог, Дерматолог, Аллерголог, Проктолог, Ревматолог, Физиотерапевт	По показаниям, не более 2-х раз		
Кардиолог	По показаниям, не более 3-х раз		
Уролог, Эндокринолог	По показаниям, не более 4-х раз		
Анализ крови общий	1 раз в месяц (дополнительно по показаниям)		
Анализ крови общий с лейкоцитарной формулой	По показаниям, не более 5 раз		
Анализ крови на ферритин, гликированный гемоглобин	Однократно (по показаниям)		
Анализ мочи общий (утренняя моча)	По назначению врача		
Анализ мочи по Нечипоренко	Однократно (по показаниям)		
Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам	По показаниям, не более 3-х раз		
Белок в суточном количестве мочи	Однократно (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	Однократно, по показаниям	Однократно
	Дополнительно по показаниям		
Тест толерантности к глюкозе	Однократно (по показаниям)		
Определение группы крови и резус-фактор	Однократно		
Антитела к резус-фактору (качеств.) - при отрицательном резус-факторе	По показаниям, не более 4-х раз		
Антитела к резус-фактору (с указанием титра)	По показаниям, не более 3-х раз		
Коагулограмма для беременных (АЧТВ, тромбиновое время, протромбиновое время, Фибриноген, Д-димер, РФМК, МНО, ВА)	Однократно	Однократно (по показаниям)	Однократно
<b>Пренатальный скрининг</b> * (выявление пороков развития у плода)	<b>В 11-13 недель*</b> <b>В-ХГЧ,РАРР-А</b>	В 15-20 недель АФП, эстриол, В-ХГЧ (по	

Содержание услуги	I триместр	II триместр	III триместр
		показаниям)	
RW, ВИЧ, anti-HBs, anti-HCV	Однократно		Однократно
Анализ крови на сифилис (АТ IgG и IgM)	По назначению врача, не более 2-х раз		
Определение антител к краснухе, токсоплазме, ВПГ 2 типа	Однократно весь комплекс, отдельные показатели однократно (по показаниям)		
Определение гормонального статуса и АТ (В-ХГЧ, прогестерон, св. Т3, св. Т4, ТТГ, АТ-ТГ, АТ-ТПО, АТ к фосфолипидам Ig M, Ig G, гомоцистеин)	Однократно (по показаниям)		
Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)	Однократно (по показаниям)		
Холтеровское мониторирование артериального давления	Однократно (по показаниям)		
Электрокардиограмма	Однократно		Однократно, по показаниям
УЗИ матки и плода	В 11-13, 20-22, 32-34 недели (дополнительно по показаниям), не более 5 раз		
Цервикометрия	Однократно	Однократно	Однократно
	По показаниям, не более 1 раза		
Допплерография плода	По показаниям, не более 4-х раз		
Эхокардиография	Однократно (по показаниям)		
УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, молочных желез, почек, мочевого пузыря	Однократно (по показаниям)		
УЗДГ вен нижних конечностей	Однократно (по показаниям)		
Кардиотонография плода	С 32 недель трижды (дополнительно по показаниям), не более 10 раз		
Мазки на флору	Однократно	Однократно	Однократно
Обследование на ИППП методом ПЦР (мазок) Хламидия трахоматис, микоплазма гениталиум, микоплазма хоминис, трихомонас вагиналис, кандида альбиканс, нейссерия гонореи, ВПЧ инфекция, ЦМВ, Герпес 1 и 2 тип, гарднерелла	Однократно все показатели, отдельные позиции однократно (по показаниям)		
Посев на листериоз с определением чувствительности к антибиотикам	Однократно (по показаниям)		
Посев на β-гемолитический стрептококк с определением чувствительности к антибиотикам	Однократно		
Хламидия трахоматис (кровь) IgG, IgM, IgA	Однократно		
Посев отделяемого из цервикального канала	По показаниям, не более 2-х раз		
Посев отделяемого из влагалища	Однократно (по показаниям)		
Мазок на онкоцитологию	Однократно		
Оформление обменной карты	Однократно		
Внутривенное вливание Внутримышечные инъекции	По показаниям, не более 10 раз		
Консультация с врачом-педиатром	Однократно		
Забор материала на лабораторные исследования	По показаниям		

Содержание услуги	I триместр	II триместр	III триместр
Карбокситерапия (послеродовая процедура)	Однократно		

\* Во исполнении 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 оператору 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, обменную карту.

➤ **Патронаж новорожденного врачом-педиатром на дому (в пределах МКАД) или прием врача-педиатра в медицинском центре (однократно).**

➤ **Послеродовое обследование.**

В течение 6-8 недель после родов в медицинском центре проводится:

- осмотр акушером-гинекологом;
- УЗ исследование органов малого таза.

➤ **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.