

ПРОГРАММА ведения II и III 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	II триместр	III триместр
Осмотр акушером-гинекологом (дополнительные осмотры – по показаниям)	1 раз в 2-3 недели	1 раз в 7-10 дней
Офтальмолог, Отоларинголог, Стоматолог	Однократно	Однократно
Терапевт	Однократно	Однократно
	По показаниям, не более 1 раза	
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	По показаниям, не более 3-х раз	
Анализ мочи общий (утренняя моча)	По назначению врача	
Анализ мочи по Нечипоренко	Однократно (по показаниям)	
Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам	Однократно (по показаниям)	
Белок в суточном количестве мочи	Однократно (по показаниям)	
<u>Биохимический анализ крови</u> (общий белок, креатинин, мочеви́на, глюкоза, билирубин общий, билирубин прямой, холестерин общий, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, магний, кальций общий, калий, натрий, хлор)	Однократно (по показаниям)	Однократно
Определение группы крови и резус-фактор	Однократно	
Антитела к резус-фактору (качеств.), <i>при отрицательном резус-факторе</i>	По показаниям, не более 2-х раз	
Коагулограмма для беременных (АЧТВ, тромбиновое время, протромбиновое время, Фибриноген, Д-димер, РФМК, МНО, ВА)	Однократно (по показаниям)	Однократно
Пренатальный скрининг (<i>выявление пороков развития у плода</i>)	В 15-20 недель АФП, эстриол, В-ХГЧ (по показаниям)	
RW, ВИЧ, anti-HBs, anti-HCV	Однократно	Однократно
Анализ крови на сифилис (AT IgG и IgM)	По назначению врача, не более 2-х раз	
Определение антител к краснухе, токсоплазме	Однократно (по показаниям)	
Определение гормонального статуса (св. Т3, св. Т4, ТТГ)	Однократно (по показаниям)	
Электрокардиограмма	Однократно	Однократно (по показаниям)
УЗИ матки и плода	В 20-22, 32-34 недели, (дополнительно по показаниям, не более 2-х раз)	
Цервикометрия	Однократно	Однократно

Содержание услуги	II триместр	III триместр
Допплерография плода	По показаниям, не более 3-х раз	
УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, молочных желез, почек, мочевого пузыря	Однократно (по показаниям)	
Кардиотонография плода	С 32 недель, не более 5 раз	
Мазки на флору	Однократно	Однократно
Обследование на ИППП методом ПЦР (мазок) Хламидия трахоматис, микоплазма гениталиум, трихомонас вагиналис, нейссерия гонореи.	Однократно все показатели, отдельные позиции однократно (по показаниям)	
Хламидия трахоматис (кровь) IgG, IgM, IgA	Однократно (по показаниям)	
Посев на β -гемолитический стрептококк с определением чувствительности к антибиотикам	Однократно	
Посев отделяемого из цервикального канала	Однократно (по показаниям)	
Мазок на онкоцитологию	Однократно	
Оформление обменной карты	Однократно	
Внутривенное вливание	По показаниям, не более 20 раз	
Внутримышечные инъекции	По показаниям, не более 20 раз	
Консультация с врачом педиатром (до родов)	Однократно	
Забор материала на лабораторные исследования	По показаниям	

➤ **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»

ПАЦИЕНТ:

Фамилия Имя Отчество

Директор (Главный врач)
Финберг М. Л.

С условиями программы ознакомлена и согласна

МП

(подпись)

(подпись)

дата «__» _____ 202__ г.

дата «__» _____ 202__ г.



ТАЛОН

НА ПРОВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

к Договору № _____ от «___» _____

Объем оказываемых услуг:

- Осмотр акушером-гинекологом
- УЗ исследование органов малого таза

Обследование проведено:

Врач акушер – гинеколог

_____/_____/_____

Пациент _____/_____

(Фамилия, Имя, Отчество)

Подпись _____ дата « ___ » _____ 202__ г.