

**ПРОГРАММА
ведения 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	III триместр
Осмотр акушером-гинекологом (дополнительные осмотры – по показаниям)	1 раз в 7-10 дней
Офтальмолог, Отоларинголог, Стоматолог	Однократно
Терапевт	Не более 2-х раз
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 (утренняя моча)	По назначению врача
Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам	Однократно (по показаниям)
Белок в суточном количестве мочи	Однократно (по показаниям)
Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевины, глюкоза, билирубин общий, билирубин прямой, холестерин общ, 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
RW, ВИЧ, anti-HBs, anti-HCV	Однократно
Анализ крови на сифилис (AT IgG и IgM)	Однократно (по показаниям)
Определение антител к краснухе, токсоплазме	Однократно
Определение гормонального статуса (св. Т3, св. Т4, ТТГ)	Однократно (по показаниям)
Электрокардиограмма	Однократно
УЗИ матки и плода	В 32-34 недели (дополнительно, по показаниям не более 1 раза)

Содержание услуги	III триместр
Цервикометрия	Однократно
Допплерография плода	Однократно
УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, молочных желез, почек, мочевого пузыря	Однократно (по показаниям)
Кардиотонография плода	Не более 3-х раз
Мазок на флору	Однократно
Обследование на ИППП методом ПЦР (мазок) Хламидия трахоматис, микопlasма 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
Мазок на онкоцитологию	Однократно
Оформление обменной карты	Однократно
Внутривенное вливание	По показаниям, не более 10 раз
Внутримышечные инъекции	По показаниям, не более 10 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.

➤ **Прием врача-педиатра с ребенком 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)

_____ (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.