Додаток № 1

до Договору №\_\_\_\_\_

про надання медичних послуг

від “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ року

**ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ,**

**які надаються Медичним центром ТовариствА з обмеженою відповідальністю Клініка репродукції людини “АЛЬТЕРНАТИВА”**

**при спостереженні вагітності**

|  |  |
| --- | --- |
| **Найменування** | **Кількість прийомів** |
| **І Вагітність з 8 тижнів до пологів** |  |
| Гінекологічний огляд з кольпоскопією (прицільне обстеження шийки матки) | **1** |
| Мазок на цитологічне дослідження | **1** |
| Мазок на мікрофлору (піхви, шийки матки) | **1** |
| Загальний аналіз крові | **4** |
| Загальний аналіз сечі | **10** |
| Група крові + резус фактор | **1** |
| Група крові + резус фактор батька дитини (при потребі) | **1** |
| Бактеріальний посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію) | **3** |
| Бактеріальний посів урогенітальних виділень | **3** |
| Бактеріальний посів урогенітальних виділень на Стрептокок групи В | **1** |
| Реакція Васермана (RW) | **2** |
| Тест на ВІЛ – інфекцію | **2** |
| Тест на наявність HBsAg | **1** |
| Тест на наявність HCV | **1** |
| TOXO IgM, IgG | **1** |
| CMV IgM, IgG | **1** |
| Герпес ½ IgM, IgG | **1** |
| Краснуха IgM, IgG | **1** |
| Феритин | **1** |
| Визначення рівня плацентарного лактогену | **1** |
| Визначення вітаміну Д | **1** |
| Ревмопроби (при потребі) | **1** |
| Тест толерантності до глюкози | **2** |
| Подвійний біохімічний тест (вільний -ХГ, РАРР) | **1** |
| Потрійний біохімічний тест (Альфа-фетопротеїн, ХГ, Естріол) | **1** |
| Біохімічний аналіз крові | **2** |
| Коагулограма | **2** |
| Наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній у батька майбутньої дитини) | **5** |
| Аналіз крові на гормони щитовидної залози (Т4, ТТГ, АТТПО) | **2** |
| Перебування на денному стаціонарі (крапельниці), без ліків (в добах) | **4** |
| Консультація лікаря терапевта + ЕКГ | **2** |
| Консультація ендокринолога | **2** |
| Консультація уролога (при потребі) | **1** |
| УЗД серця (ЕХО) | **1** |
| УЗД черевної порожнини | **1** |
| УЗД щитовидної залози | **1** |
| УЗД вен нижніх кінцівок | **1** |
| УЗД вагітності в різних термінах | **5** |
| Експертне УЗД в 19-20 тижнів вагітності з консультацією генетика | **1** |
| Цервікометрія (за показами) | **3** |
| КТГ (кардіотокографія) плода | **3** |
| Біофізичний профіль плода (за показами) | **1** |
| Тест на підтікання навколоплідних вод | **1** |
| Лекції для вагітних “Школа майбутніх мам” | **8** |
| Школа спокійних пологів (курс з 5-ти занять) | **1** |
| Пакет “Б’юті мама” (4 процедури) | **4** |
| Консультація лікаря дерматолога-косметолога (процедура догляду) | **1** |
| **ІІ Післяпологовий період** |  |
| Післяпологовий патронаж породіллі на дому до 10-ти днів після пологів | **1** |
| Супровід в післяпологовому періоді консультанта по грудному вигодовуванні (в телефонному режимі) – 56 діб після пологів |  |
| Комплексний огляд з УЗД органів малого тазу у пізній післяпологовий період (3-4 тижні після пологів)   * Цитологічне дослідження * Мазок на мікрофлору (при потребі) | **1** |
| Загальний аналіз крові | **1** |
| Загальний аналіз сечі | **1** |
| Процедура “Сой-сой масаж” | **4** |
| **ІІІ Обстеження малюка** |  |
| УЗД комплекс «Здоровий малюк» з можливістю діагностики на дому (виїзд спеціаліста з обладнанням для обстеження дитини)   * УЗД внутрішніх органів; * Нейросонографія; * УЗД кульшових суглобів. | **1** |

**Місцезнаходження, банківські реквізити та підписи сторін**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПАЦІЄНТ:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місце проживання зареєстровано за адресою:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактні дані: тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пацієнтка**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  *(прізвище та ініціали, підпис)* | **МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР:**  **Товариство з обмеженою відповідальністю Клініка репродукції людини «АЛЬТЕРНАТИВА»**  79015, м.Львів, вул.Героїв УПА, буд.73  Ідентифікаційний код – 35968446,  п/р 26008475947, в ЛОД АТ «Райффайзен Банк Аваль», МФО 380805  Тел. 032 232 77 83    ***Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Палига І.Є./***  *М.П.*  ***Лікуючий лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*** |