Приложение №\_\_\_\_

к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 года

**Программа ведения беременности – второй триместр**

В программу ведения беременности во 2-ом триместре (с\_\_\_по\_\_\_ неделю) входят представленные ниже услуги.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Цена, руб.** | **Сумма, руб.** |
| 1 | Консультация врача акушера-гинеколога повторная | 4 | 1 200,00 | 4 800,00 |
| 2 | HIV 1,2 Ag/Ab Combo ВИЧ (определение антител к ВИЧ типов 1и 2, и антигена p24) (1 сутки) В случае выполнения подтверждающего теста срок выполнения увеличивается до 7 суток. | 1 | 435,00 | 435,00 |
| 3 | Забор крови из вены | 2 | 250,00 | 500,00 |
| 4 | Забор мазков для исследования из носа, уха или горла (без стоимости исследования | 2 | 200,00 | 400,00 |
| 5 | Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ (1 сутки) | 2 | 970,00 | 1940,00 |
| 6 | Коагулограмма №3 (протромбин (по Квику), МНО, фибриноген, АТIII, АЧТВ, D-димер) | 1 | 2 160,00 | 2 160,00 |
| 7 | Консультация врача оториноларинголога (ЛОР) первичная | 1 | 1 650,00 | 1 650,00 |
| 8 | Консультация врача терапевта первичная | 1 | 1 650,00 | 1 650,00 |
| 9 | Консультация врача эндокринолога первичная | 1 | 1 650,00 | 1 650,00 |
| 10 | Консультация врача-офтальмолога первичная | 1 | 1 650,00 | 1 650,00 |
| 11 | Общий анализ мочи с микроскопией осадка (1 сутки) | 4 | 325,00 | 1 300,00 |
| 12 | Осмотр глазного дна с широким зрачком (1 глаз) | 2 | 400,00 | 800,00 |
| 13 | Посев на флору с определением чувствительности к антибиотикам (до 6 суток) | 2 | 1030,00 | 2060,00 |
| 14 | Глюкоза в плазме (1 сутки) | 1 | 215,00 | 215,00 |
| 15 | Гликированный гемоглобин (HbA 1c) (1 сутки) | 1 | 290,00 | 290,00 |
|  | **ИТОГО:** | | | **21 500,00** |

(Двадцать пять тысяч пятьсот рублей 00 копеек)

Цены, представленные в Программе ведения беременности в 2-ом триместре указаны без учета скидок.

В случае невозможности оказания медицинских услуг по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, при этом оплаченные денежные средства возврату не подлежат.

Исполнитель Пациент

ООО "Диагностический центр "Энерго"

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Скородумов С.Л. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Ф.И.О