**Выписной эпикриз из амбулаторной карты №**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. пациентки |  |
| Дата рождения |  |
| Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |
| Полис обязательного медицинского страхования |  |
| Адрес фактического проживания |  |
| Адрес регистрации |  |
| Место работы |  |
| Номер телефона |  |
| Диагноз основной (в соответствии МКБ - Х) |  |
| Диагноз сопутствующий (в соответствии МКБ -Х) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Анамнез:** | |
| Длительность бесплодия |  |
| Менструальная функция | Начало менструальной функции с\_\_лет.  Менструации (регулярные/нерегулярные), через \_\_ дней, по \_\_\_ дней, безболезненные/болезненные, обильные/умеренные/скудные. |
| Половая функция | С \_\_\_\_ лет |
| Контрацепция (применяемая в течение жизни) | барьерная (презерватив)/ прерванный половой акт/ внутриматочная спираль / гормональные контрацептивы/спермициды |
| Брак | Регистрированный-  Нерегистрированный-  1-й / 2-й- |
| Репродуктивный анамнез |  |
| *-роды в срок (естественные,*  *оперативные)* |  |
| *-преждевременные роды естественные, оперативные)* |  |
| *-самопроизвольный выкидыш* |  |
| *-неразвивающаяся беременность* |  |
| *-внематочная беременность* |  |
| *-искусственное прерывание беременности (хирургический, медикаментозный аборт)* |  |
| *-прерывание беременности по медицинским показаниям* |  |
| Гинекологические заболевания: |  |
| Перенесенные заболевания *(все перенесенные заболевания в жизни, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля)* |  |
| Семейный/наследственный анамнез: (наличие заболеваний, передающихся по наследству) |  |
| Гемотрансфузии |  |
| Аллергологический анамнез |  |
| Тромботический анамнез |  |
| ИМТ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Результаты предшествующего лечения, в том, числе хирургического:** | | | |
| операции: | | | |
| дата | объем оперативного вмешательства | диагноз | гистологическое исследование №  назначенное лечение |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Лечение (стимуляция овуляции, искусственная инсеминация, ЭКО, ИКСИ и т.д.)** | | |
| дата | метод | исход |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Инфекционный скрининг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | метод | результат |
|  | определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 (ВИЧ 1,2) и антигена p24/25 (Agp24/25) |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса M и G вирусам гепатита В |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса M и G вирусам гепатита С в крови |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса М и G к *Тreponema pallidum* в крови |  |
|  | при положительном результате - заключение специалиста (инфекциониста, дерматовенеролога) об отсутствии противопоказаний к стимуляции суперовуляции, процедуре ЭКО и вынашиванию беременности |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | **Микроскопическое исследование мазка** | | |
|  |
| показатель | влагалище | цервикальный канал |
| лейкоциты |  |  |
| эпителий |  |  |
| флора |  |  |
| гонококк |  |  |
| трихомонады |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на выявление генетического материала(ПЦР):** | **Результат** |
|  | *Mycoplasma genitalium,* |  |
|  | *Chlamydia trachomatis* |  |
|  | *Ureaplasma spp.,* |  |
|  | *Mycoplasma hominis,* |  |
|  | *Trichomonas vaginalis* |  |
|  | *Neisseria gonorrhoeae*, |  |
|  | Herpes simplex 1,2, |  |
|  | Cytomegalovirus |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка овариального резерва** | | |
| Дата  (день м.цикла) | метод исследования | заключение: |
|  | УЗИ малого таза трансвагинальное (*определение размеров матки и яичников*, диагностика новообразований матки и ее придатков, аномалий развития внутренних половых органов, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), *толщины эндометрия, определение количества антральных фолликулов* (КАФ)) | Размеры матки \_\_х\_\_х\_\_мм.  Форма:  Положение:  Строение миометрия: не изменено/изменено:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М/Эхо:\_\_мм  Структура:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Правый яичник: \_\_х\_\_х\_\_мм с фолликулами №\_\_\_ диаметром \_\_\_мм  С доминантным фолликулом/желтым телом \_\_\_мм.  Левый яичник: \_\_х\_\_х\_\_мм с фолликулами №\_\_\_ диаметром \_\_\_мм  С доминантным фолликулом/желтым телом \_\_\_мм.  Особенности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заключение: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  (день м.цикла) | | **Оценка эндометрия и диагностика внутриматочной патологии** | | | |
|  | | метод исследования | | заключение: | |
|  | | УЗИ малого таза трансвагинальное (21-23 д.м.ц.)*Оценка овуляторной функции, оценка эндометрия)* | | Размеры матки \_\_х\_\_х\_\_мм  Форма:  Положение:  Строение миометрия: не изменено/изменено:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М/Эхо:\_\_мм  Структура:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Правый яичник: \_\_х\_\_х\_\_мм с фолликулами №\_\_\_ диаметром \_\_\_мм.  желтое тело \_\_\_мм.  Левый яичник: \_\_х\_\_х\_\_мм с фолликулами №\_\_\_ диаметром \_\_\_мм.  желтое тело \_\_\_мм.  Особенности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заключение: | |
| **Дата** | **Метод** | | **Результат** | | **Референсный интервал** |
|  | Уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови,  \*2-5 д м.ц. | |  | |  |
|  | уровень антимюллерова гормона (АМГ) в крови | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Определение гормонов в крови** | | | |
| дата | метод | результат | референсный интервал |
| \*2-5 д м.ц. | лютеинезирующий гормон ( ЛГ) |  |  |
| эстрадиол (Е2), |  |  |
| пролактин (ПРЛ), |  |  |
| общий тестостерон (Т), |  |  |
| тиреотропный гормон (ТТГ) |  |  |
| антитела к тиреопероксидазе, |  |  |
| \*21-23 д.м.ц | прогестерон |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Оценка проходимости маточных труб** | **заключение** |
|  | Гистеросальпингография (ГСГ) |  |
|  | Соногистеросальпингография(ЭХО/ГСГ) |  |
|  | Лапароскопия |  |
|  | Гистероскопия |  |
|  | Биопсия эндометрия |  |
|  | \*Магнитнорезонансная томография (МРТ)  (диагностика пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, опухолей гипофиза, оценки состоятельности рубца на матке) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Диагностика патологии шейки матки** | | |
| дата | метод | заключение |
|  | кольпоскопия |  |
|  | цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки  и из цервикального канала |  |
|  | \*офисная цервико и гистероскопия |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Результаты исследования сыворотки крови методом ИФА на наличие вирусных инфекций** | | | | | |
| дата | метод исследования | результат | | результат | |
|  | ИФА герпес 1, 2 | Ig M |  | Ig G |  |
|  | ИФА краснуха | Ig M |  | Ig G |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Определение группы крови и резус-фактора** | |
| группа | резус фактор |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Флюорография легких** | |
| Дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Электрокардиограмма** | |
| Дата | заключение |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Общеклинические анализы крови** | | | | | |
| дата | метод | | | наименование показателя | |
|  | Клинический анализ крови | | Эритроциты | Значение | Референсный интервал |
| Цветной показатель |  |  |
| Гематокрит |  |  |
| Ретикулоциты |  |  |
| Тромбоциты |  |  |
| СОЭ |  |  |
| Лейкоциты |  |  |
| базофилы |  |  |
| эозинофилы |  |  |
| миелоциты |  |  |
| палочкоядерные |  |  |
| сегментоядерные |  |  |
| лимфоциты |  |  |
| моноциты |  |  |
|  |  |  |
|  | Биохимический анализ крови | | Общий белок |  |  |
| Общий билирубин |  |  |
| Прямой билирубин |  |  |
| АЛТ |  |  |
| АСТ |  |  |
| Глюкоза |  |  |
| Креатинин |  |  |
| Мочевина |  |  |
| Холестерин |  |  |
|  | Гемостазиограмма (коагулограмма) | | Фибриноген |  |  |
| Тромбиновое время |  |  |
| Антитромбин III |  |  |
| Протромбиновый индекс |  |  |
| АПТВ |  |  |
|  | Общий анализ мочи | | Цвет |  |  |
| Объем |  |  |
| Плотность |  |  |
| рН |  |  |
| Лейкоциты |  |  |
| Эритроциты |  |  |
| Цилиндры |  |  |
| Бактерии |  |  |
| **Консультация врача-терапевта** | | | | | |
| дата | | заключение | | | |
|  | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Консультация эндокринолога (при наличии заболеваний эндокринной системы)** | |
| дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Консультация нейрохирурга (при подозрении на микро-  или макроаденому гипофиза)** | |
| дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **УЗИ молочных желез (на 7-11 день менструального цикла)** | |
| дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Маммография (с возраста 40 лет и старше)** | |
| дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Консультация онколога** | |
| дата | заключение |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Консультации других специалистов при выявлении соответствующей патологии** | |
| дата | заключение |
|  |  |

**Сведения о супруге/половом партнере**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  |

**Инфекционный скрининг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | метод | результат |
|  | определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 (ВИЧ 1,2) и антигена p24/25 (Agp24/25) |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса M и G вирусам гепатита В |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса M и G вирусам гепатита С в крови |  |
|  | определение иммуноглобулинов класса М и G к *Тreponema pallidum* в крови |  |
|  | при положительном результате - заключение специалиста (инфекциониста, дерматовенеролога) об отсутствии противопоказаний к стимуляции суперовуляции, процедуре ЭКО и вынашиванию беременности |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Метод** | **Результат** |
|  | Молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на выявление генетического материала(ПЦР): |  |
| *Mycoplasma genitalium,* |  |
| *Chlamydia trachomatis* |  |
| *Ureaplasma spp.,* |  |
| *Mycoplasma hominis,* |  |
| *Trichomonas vaginalis* |  |
| *Neisseria gonorrhoeae*, |  |

**Микроскопическое исследование эякулята (спермограмма)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | **Результаты** | | |
|  | Параметры | Показатели | Норма ВОЗ |
| Воздержание |  | 2-5 дней |
| Время разжижения |  | < 60 мин |
| Объём эякулята |  | 2-4 мл |
| Вязкость |  | N |
| Цвет |  | серо-молочный |
| РН |  | 7,2-7,8 |
| Агглютинация |  | нет |
| Лейкоциты |  | < 1 млн/мл |
| Кол-во сперматозоидов в 1 мл |  | > 15 млн/мл |
| Кол-во сперматозоидов в эякуляте |  | > 30 млн/мл |
| Подвижных (А+В) |  | > 32% |
| Из них:  быстрых прогрессивных «А» |  |  |
| средних «В» |  |  |
| медленных «С» |  |  |
| неподвижных |  | < 50% |
| *Спермоцитограмма* | | | |
|  | Сперматозоиды с нормальной морфологией |  | > 4% |
|  | Сперматозоиды с патологической морфологией | 1. головки |  |
| 2. шейки |  |
| 3. хвоста |  |
| 4. смешанного типа |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*заключение уролога** | |
| дата | заключение |
|  |  |

Лечащий врач (ФИО)

Заведующий женской консультацией/ отделением (ФИО)

*(Печать лечебного учреждения)*

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.