

**Форма маршрутного листа для прохождения обследования и
консультаций в рамках «Сертификата на прохождение диспансеризации
для оценки репродуктивного здоровья»**

Наименование медицинской организации _____

ФИО гражданина _____

Этапы обследования	Дата, время, адрес, номер кабинета	Примечания
Осмотр, консультация врача терапевта, первичный		
Осмотр, консультация врача терапевта, повторный		
Осмотр, консультация врача акушера-гинеколога для женщин, уролога (хирурга) для мужчин, первичный		
Осмотр, консультация врача акушера-гинеколога для женщин, уролога (хирурга) для мужчин, повторный		
Анкетирование		
Анализы крови (натошак)		
Общий анализ мочи		
Флюорография ОГК		
ЭКГ		
Маммография		
УЗИ половых органов		
УЗИ молочных желез		
Спермограмма		
Консультация психолога		
Консультация юриста		
Консультация специалиста по социальной работе		

Консультирование о мерах социальной поддержки семей с детьми		
Заключительное консультирование по итогам обследования супружеской пары		

Примечание: объем, кратность обследования определяет лечащий врач