**Приложение**

**к Договору возмездного оказания**

**медицинских услуг в родильном отделении**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г.**

(далее - Договор)

 **ПРОГРАММА РОДОВ**

**«МНОГОПЛОДНЫЕ РОДЫ»**

**Общество с ограниченной ответственностью «АВА-ПЕТЕР»** в лице генерального директора Хоперского А. А., действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны,

и **гражданка(-ин) РФ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именумая(-ый) Пациентка в случае непосредственного получения медицинских услуг по договору или Заказчик в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациентки) при несовпадении Пациентки и Заказчика в одном лице, руководствуясь п.п. 1.1.1., 6.4. Договора, согласовали следующий комплекс услуг по Договору:

* + 1. осмотр и консультации врачей-специалистов, лабораторные, инструментальные, иные признанные сотрудниками Исполнителя необходимыми диагностические исследования при поступлении Пациентки в родильное отделение с целью определения плана наблюдения беременности, родоразрешения, диагностики, профилактики, лечения, реабилитации;
		2. ведение родов в индивидуальном родильном зале или индивидуальной операционной палате (при необходимости хирургического вмешательства);
		3. применение методов немедикаментозной анестезии в родах;
		4. применение анестезиологического пособия в родах при наличии медицинских показаний, отсутствии медицинских противопоказаний;
		5. выполнение акушерских операций, в том числе операции кесарева сечения, при наличии экстренных и неотложных медицинских показаний;
		6. медицинское обследование Пациентки и новорождённых детей Пациентки (далее – новорождённые дети) при наличии медицинских показаний;
		7. введение Пациентке антирезусного иммуноглобулина при наличии медицинских показаний при условии наличия препарата у Исполнителя;
		8. проведение в отношении Пациентки реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в условиях родильного зала, операционной и палаты интенсивной терапии при наличии медицинских показаний;
		9. проведение в отношении новорождённых детей реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в условиях родильного зала, операционной и палаты интенсивной терапии при наличии медицинских показаний за исключением введения препарата Куросурф;
		10. вакцинация новорождённых детей в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок при отсутствии медицинских противопоказаний;
		11. неонатальный скрининг на наследственные заболевания, аудиоскрининг и кардиоскрининг новорождённых детей;
		12. введение витамина К новорождённым детям;
		13. обучение Пациентки грудному вскармливанию и уходу за новорождёнными детьми;
		14. консультация Пациентки врачом акушером-гинекологом с выполнением ультразвукового исследования органов малого таза в течение одного месяца после выписки из родильного отделения;
		15. консультация новорождённых детей врачом-неонатологом в течение одного месяца после выписки из родильного отделения при наличии медицинских показаний;
		16. проведение первичного патронажа новорождённых детей на дому три раза в течение первого месяца после выписки из родильного отделения или стационара другой медицинской организации;
		17. индивидуальное ведение родов врачом акушером-гинекологом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
		18. индивидуальное сопровождение родов акушеркой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
		19. индивидуальное сопровождение новорождённых детей в родах и в послеродовом периоде врачом-неонатологом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
		20. размещение Пациентки и новорождённых детей в индивидуальной палате;
		21. пребывание Пациентки и новорождённых детей в послеродовом периоде в родильном отделении в течение трёх дней после родов через естественные родовые пути или четырёх дней после родов посредством кесарева сечения с продлением срока пребывания в послеродовом периоде по медицинским показаниям, но не более семи дней;
		22. обеспечение Пациентки ежедневным трёхразовым питанием и питьевой водой, комплектом белья и предметами гигиены, посудой для повседневного пользования, предметами бытового обихода, необходимыми для нормального жизнеобеспечения Пациентки в период пребывания в родильном отделении; обеспечение новорождённых детей комплектами детского белья, подгузниками и предметами детской гигиены; обеспечение дополнительного спального места с комплектом белья при совместном размещении Пациентки с мужем, родственником или иным близким лицом.

Цена комплекса услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** **Общество с ограниченной ответственностью** **«АВА-ПЕТЕР»**  | **Заказчик****при несовпадении Заказчика и Пациентки в одном лице, в том числе при недееспособности Пациентки в силу несовершеннолетнего возраста, ограничения или лишения дееспособности в установленном законом порядке, и выполнении Заказчиком функций законного представителя Пациентки** | **Пациентка****при совпадении Заказчика и Пациентки в одном лице, при несовпадении Заказчика и Пациентки в одном лице при дееспособности Пациента**  |
| **генеральный директор****Хоперский А.А.** | **Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Отношение к Пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (степень родства)**подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | **Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |