



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

18.01.2021

№ _____
34-01-05-20

**Об отборе, направлении
и наблюдении пациентов
в медицинских организациях
Пермского края при лечении
бесплодия с использованием
вспомогательных репродуктивных
технологий**

В соответствии с Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – Приказ № 803н) и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, проживающим на территории Пермского края, утвержденной постановлением Правительства Пермского края,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать комиссию Министерства здравоохранения Пермского края по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

2. Утвердить:

2.1. Положение о Комиссии согласно приложению 1.

2.2. Состав Комиссии согласно приложению 2.

2.3. Алгоритм отбора пациенток с бесплодием на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования и последующего их наблюдения в медицинских организациях Пермского края согласно приложению 3.

2.4. Форму протокола заседания Комиссии согласно приложению 4.

2.5. Форму листа ожидания пациенток для получения направления на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных

технологий за счет средств обязательного медицинского страхования в Пермском крае (далее – Лист ожидания) согласно приложению 5.

2.6. Форму выписки из амбулаторной карты пациентки для получения направления на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) для базовой программы, составленную на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, согласно приложению 6.

2.7. Форму выписки из амбулаторной карты пациентки для получения направления на лечение бесплодия методом переноса криоконсервированных эмбрионов (далее – криоперенос), составленную на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, согласно приложению 7.

2.8. Форму протокола врачебной комиссии медицинской организации, направляющей пациентку на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению 8.

2.9. Форму ежемесячного отчета медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (родильные дома (отделения)) согласно приложению 9.

2.10. Форму ежемесячного отчета медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (женские консультации) согласно приложению 10.

2.11. Форму ежемесячного отчета медицинских организаций, работающих в системе ОМС и оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» согласно приложению 11.

2.12. Форму рекомендации к направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению 12.

2.13. Форму рекомендации к направлению для проведения процедуры криопереноса за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению 13.

2.14. Форму направления для проведения программы экстракорпорального оплодотворения в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению 14.

2.15. Форму справки о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению 15.

2.16. Форму направления для проведения программы переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению 16.

2.17. Форму справки о выполнении медицинской организацией переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению 17.

3. Руководителям медицинских организаций Пермского края, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее – МО):

3.1. Организовать работу по обследованию и подготовке пациентов, в том числе с учетом экстрагенитальной патологии, к проведению процедуры ЭКО и процедуры криопереноса в соответствии с требованиями настоящего приказа и Приказа № 803н.

3.2. Организовать в учреждении работу врачебной комиссии по отбору пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия методом ВРТ.

3.3. Направлять пациентов на Комиссию в соответствии с Алгоритмом согласно приложению 3

3.4. Выдавать направления на лечение бесплодия методом ВРТ пациентам в соответствии с рекомендациями Комиссии согласно утвержденным настоящим приказом формам (приложение 14 и 16).

3.5. Организовать ежемесячное предоставление информации в Министерство здравоохранения Пермского края в соответствии с отчетными формами, утвержденными настоящим приказом (приложения 9-10), в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным.

4. Руководителям медицинских организаций Пермского края, работающих в системе ОМС и оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» (далее – МО, оказывающие медицинскую помощь методами ВРТ):

4.1. Организовать работу по обследованию и подготовке пациентов, в том числе с учетом экстрагенитальной патологии, к проведению процедуры ЭКО и процедуры криопереноса в соответствии с требованиями настоящего приказа и Приказа № 803н.

4.2. С момента окончания программы ЭКО в течение 5 рабочих дней направлять сведения о законченном случае в Министерство здравоохранения Пермского края в соответствии с установленными формами (приложение 15 и 17) посредством электронной почты в отсканированном виде с указанием результата окончания программы ЭКО.

4.3. Организовать ежемесячное предоставление информации в Министерство здравоохранения Пермского края в соответствии с отчетными

формами, утвержденными настоящим приказом (приложения 11), в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным.

5. Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница»:

5.1. Организовать прием документов для Комиссии на базе Пермского краевого перинатального центра по адресу: г. Пермь, ул. Маршала Жукова, д. 33 в рабочие дни с 10.00 до 14.00.

6. Директору государственного казенного учреждения здравоохранения Пермского края «Медицинский информационно-аналитический центр»:

6.1. Обеспечить размещение электронной версии листов ожидания, которые формируются Комиссией, с указанием шифра пациента без персональных данных.

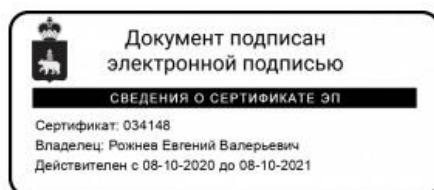
6.2. Разместить на официальном сайте Министерства здравоохранения Пермского края в сети «Интернет» настоящий приказ.

7. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Пермского края от 31 мая 2018 г. № СЭД-34-01-06-418 «Об отборе, направлении и наблюдении пациентов в медицинских организациях Пермского края при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий».

8. Настоящий приказ вступает в силу через 10 дней с момента официального опубликования и распространяется на правоотношения с 1 января 2021 года.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Пермского края Е.В. Камкина.

И.о. министра



Е.В. Рожнев

Положение
о комиссии Министерства здравоохранения Пермского края
по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации
для проведения лечения с использованием вспомогательных
репродуктивных технологий за счет средств обязательного
медицинского страхования

1. Общие положения

1.1. Комиссия Министерства здравоохранения Пермского края по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) является коллегиальным совещательным органом, созданным в целях отбора и направления граждан (далее – пациент) в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) и процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов (далее – криоперенос) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

1.2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, нормативными правовыми актами Пермского края, настоящим приказом.

2. Полномочия Комиссии

2.1. Отбор и выдача Рекомендации на направление пациентов в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО и криопереноса.

2.2. Рекомендовать пациентам прохождение дополнительного обследования и лечения в медицинских организациях Пермского края.

2.3. Координация деятельности медицинских организаций государственной и частной системы здравоохранения Пермского края по вопросам организации лечения пациентов с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ).

2.4. Взаимодействие с МО, оказывающие медицинскую помощь методами ВРТ

2.5. Ведение мониторинга объемов и качества медицинской помощи гражданам с применением ВРТ.

3. Права Комиссии

3.1. Рассматривать на заседаниях Комиссии документы пациентов, нуждающихся в лечении с применением ВРТ.

3.2. Рассматривать спорные вопросы по оказанию медицинской помощи пациентам с применением ВРТ, при необходимости приглашать их (или их законных представителей) на заседания Комиссии, а также лечащих врачей и руководителей медицинских организаций Пермского края, оказывающих данный вид медицинской помощи.

3.3. Давать рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению пациента при отсутствии показаний к лечению с применением ВРТ.

3.4. Запрашивать в установленном порядке у руководителей медицинских организаций государственной и частной системы здравоохранения Пермского края информацию, необходимую для решения вопросов, относящихся к компетенции Комиссии.

4. Организация деятельности Комиссии

4.1. Комиссию возглавляет консультант отдела по организации службы родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края.

4.2. Секретарь Комиссии представляет на заседание Комиссии документы на каждого пациента, направленного на Комиссию для решения вопроса о направлении пациента для проведения лечения с использованием ВРТ.

4.3. Заседание Комиссии проводится 1 раз в 10 рабочих дней в Министерстве здравоохранения Пермского края, по адресу: г. Пермь, ул. Ленина, д. 51, каб. 1018.

4.4. Комиссия выносит решение на основании рассмотрения документов пациента:

4.4.1. выписки, оформленной лечащим врачом согласно приложениям 6 и 7 настоящего приказа, из медицинской документации пациента для направления на лечение бесплодия методом ВРТ, составленная с учетом показаний и противопоказаний к лечению бесплодия методом ВРТ.

4.4.2. заключения врачебной комиссии медицинской организации (по месту прикрепления пациентки), которая направляет пациентку на лечение бесплодия

методом ВРТ за счет средств ОМС (далее – заключение ВК), содержащее диагноз, код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, рекомендации о необходимости и возможности проведения лечения с использованием ВРТ (приложение 8 настоящего приказа).

4.5 С выпиской и заключением ВК пациент предоставляет копии паспорта, страхового полиса, СНИЛС, заполняет согласие на обработку персональных данных, заявление на получение направления на проведение лечения бесплодия с использованием ВРТ за счет средств ОМС и анкету (на базе Пермского краевого перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» в рабочие дни с 10.00 до 14.00 по адресу: г. Пермь, ул. Маршала Жукова, д. 33).

4.6. Решение Комиссии оформляется протоколом по форме, утвержденной настоящим приказом (приложение 4).

4.7. Срок подготовки протокола решения Комиссии не должен превышать 10 рабочих дней с момента заседания Комиссии.

4.8. Комиссией ведется учет выданных направлений для проведения лечения с использованием ВРТ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Направления) и полученных сведений от медицинских организаций, обработка информации и ведение мониторинга.

4.9. Протокол Комиссии о количестве пациентов, рекомендованных к направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС, о количестве пациентов, повторно включенных в Лист ожидания, в течение 5 рабочих дней представляется в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Состав
комиссии Министерства здравоохранения Пермского края
по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации
для проведения лечения с использованием вспомогательных
репродуктивных технологий за счет средств обязательного
медицинского страхования

Данченкова
Екатерина
Сергеевна - Председатель комиссии
Консультант отдела по организации службы
родовспоможения управления по организации
медицинской помощи Министерства здравоохранения
Пермского края

Морозова Таисия
Игоревна - Секретарь комиссии
Главный специалист отдела по организации службы
родовспоможения управления по организации
медицинской помощи Министерства здравоохранения
Пермского края

Ким Наталья
Алексеевна - Главный внештатный репродуктолог Министерства
здравоохранения Пермского края (по согласованию)

по согласованию:

Врач-репродуктолог ООО «Мать и дитя г. Пермь»

Врач-репродуктолог ООО «Клиника репродукции
«Философия жизни»

Врач-репродуктолог ООО «Парма-медицина»

**Алгоритм
отбора пациенток с бесплодием на лечение
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий
за счет средств обязательного медицинского страхования
и последующего их наблюдения в медицинских организациях
Пермского края**

I. Общая часть

Медицинская помощь пациентам с использованием ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий). Обследование мужа, мужчины, не состоявшего в браке с женщиной (далее – партнер), давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ, осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО по направлению в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных Стандартом (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство), производится за счет личных средств.

II. Направление пациенток на лечение с использованием
вспомогательных репродуктивных технологий

На применение ВРТ имеют право мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокaя женщина также имеет право

на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Лечение пациентов с бесплодием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий проводится:

1. При отсутствии медицинских противопоказаний для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов и вынашивания беременности.

2. При отсутствии ограничений для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов и вынашивания беременности.

3. При заболеваниях, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО.

Все пациентки с бесплодием перед направлением на лечение с использованием ВРТ проходят полное обследование по месту жительства в соответствии с Приказом № 803н и клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи. После обследования и при необходимости проведения лечения пациентам с бесплодием оформляется выписка из медицинской документации в соответствии с приложениями 6 и 7 к настоящему приказу. Пациент с пакетом документов лечащим врачом направляется на врачебную комиссию по месту жительства пациента для решения вопроса о направлении на лечение бесплодия методом ВРТ.

Направление пациенток для проведения процедуры ЭКО и криопереноса осуществляется в соответствии с Листами ожидания, которые формируются Комиссией.

III. Требования к выписке из медицинской карты пациентки для направления на лечение бесплодия методом ВРТ.

Ограничения и противопоказания к процедуре ВРТ

Выписка из медицинской карты пациентки для направления на лечение бесплодия методом ВРТ для базовой программы составляется с учетом показаний и противопоказаний к проведению процедуры ЭКО и процедуры криопереноса и вынашиванию беременности. При оформлении выписки лечащий врач руководствуется Приказом № 803н, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Выписка из медицинской документации пациента для направления на лечение бесплодия методом ВРТ составляется с учетом показателей индекса

массы тела (30 и ниже) и антимюллерова гормона (выше 1,2 нг/мл), также пациентка должна состоять на диспансерном учете по бесплодию.

1. Ограничения к базовой программе ЭКО:

- снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен).

- состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства.

- состояния, при которых лечение с использованием базовой программы ЭКО неэффективно и показано с использованием донорских половых клеток:

- неудачные повторные (3 и более) попытки проведения программы ЭКО (ИКСИ) при недостаточном ответе яичников на стимуляцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;

- неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;

- привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

- состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы.

- острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

2. Перечень противопоказаний к применению ВРТ предусмотрен приложением 2 к Приказу № 803н.

IV. Получение пациентом направления в медицинскую организацию для проведения лечения с использованием ВРТ

Рекомендация к направлению в медицинскую организацию для проведения лечения с использованием ВРТ (далее – Рекомендация) в соответствии с установленной формой выдается лично пациентке при предъявлении оригинала паспорта и страхового полиса согласно Листам ожидания на ЭКО и/или криопереноса, которые формируются Комиссией.

В течение месяца с даты выдачи Рекомендации пациентка должна обратиться в МО (по месту прикрепления пациентки) с выданной ей Рекомендацией для получения Направления.

Лечащим врачом МО выдается электронное Направление в соответствии с установленными формами (приложения 14 и 16 к настоящему приказу).

Далее пациентка с выданным Направлением должна обратиться в МО, оказывающую медицинскую помощь методами ВРТ.

В связи с необходимостью обследования перед программой ЭКО (обновление анализов согласно срокам годности, утвержденным Приказом № 803н) рекомендуемое время для реализации программы ЭКО с даты выдачи Направления не более 3-х месяцев. При наличии медицинских противопоказаний, требующих более длительной подготовки, время вступления в программу ЭКО решается в индивидуальном порядке.

Электронная версия Листа ожидания с указанием шифра пациента без персональных данных, с целью беспрепятственного контроля за движением очереди, размещается на официальном сайте Министерства здравоохранения Пермского края.

В случае невостробованной Рекомендации в течение месяца пациентка переносится в конец очереди, Рекомендация выдается дальше в порядке очереди.

После обращения пациентки в МО, оказывающую медицинскую помощь методами ВРТ, с МО, оказывающая медицинскую помощь методами ВРТ, направляет в отдел по организации службы родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края информацию об обращении к ним пациентки. Пациентка исключается из Листа ожидания.

Выписка из протокола решения Комиссии в случае отказа в направлении на лечение с использованием ВРТ (или направлении пациента на дообследование) выдается лично пациенту при предъявлении паспорта и полиса в отделе по организации службы родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края.

При проведении программы ЭКО с криоконсервацией всех эмбрионов по медицинским показаниям врачебная комиссия МО, оказывающей медицинскую помощь методами ВРТ, в течение 5 дней с момента окончания программы ЭКО выдает справку о необходимости проведения криопереноса в последующем цикле. В этом случае врач МО выдает Направление без очереди.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО и процедуры криопереноса пациенты могут включаться в Лист ожидания повторно при условии сбора и подачи документов на Комиссию.

V. Наблюдение пациенток после проведения лечения бесплодия методом ВРТ в медицинских организациях Пермского края

После проведения лечения с использованием ВРТ пациентке выдается выписка о проведенном лечении, и она направляется к врачу-акушеру-гинекологу МО по месту территориального прикрепления для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО или процедуры криопереноса пациентке рекомендуется дополнительное обследование, диагностические и лечебные мероприятия по месту жительства с целью уточнения причины бесплодия.

В случае наступления беременности после лечения с использованием ВРТ все пациентки подлежат обязательному диспансерному учету для контроля за эффективностью проведенного лечения и исходом наступившей беременности. Диспансерное наблюдение за беременными осуществляется в медицинской организации в соответствии с действующим Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Все пациентки подлежат обязательному осмотру заведующей женской консультацией МО после проведения скринингового ультразвукового исследования на сроках 11-13,6 недели, 18-22 недели.

Скрининговое ультразвуковое исследование данным пациенткам на сроке 11-13,6 недели и 18-22 недели данным пациенткам проводится только в условиях межрайонных отделений (кабинетов) пренатальной диагностики, при выявлении патологии беременная направляется в Пермский краевой перинатальный центр ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для консультации и выбора дальнейшей тактики ведения пациентки.

На сроке 34-36 недель беременности пациентки направляются в консультативно-диагностическое отделение Пермского краевого перинатального центра ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» для консультативного приема и определения маршрутизации беременной на родоразрешение. Проведение консультирования возможно с использованием телемедицинских технологий.

VI. Родоразрешение

Родоразрешение беременных после процедуры ЭКО и процедуры криопереноса проводится согласно приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 31 декабря 2020 г. № СЭД-34-01-05-847 «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования ВРТ)» в Пермском крае».

С целью мониторинга оказания качества по лечению бесплодия методом ВРТ ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным, родильные дома (отделения) в адрес главного специалиста отдела по организации службы

родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края направляют информацию по родившим после программы ЭКО, криопереноса для анализа эффективности лечения бесплодия с использованием методов ВРТ (приложение 9).

VII. Отчет

МО, а также МО, оказывающие медицинскую помощь методами ВРТ, ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, направляют в адрес отдела по организации службы родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края отчет по формам, утвержденным настоящим приказом (приложения 9-11).

С момента окончания программы ЭКО в течение 5 рабочих дней МО, оказывающие медицинскую помощь методами ВРТ, также направляют в адрес отдела по организации службы родовспоможения управления по организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Пермского края в соответствии с установленными формами (приложение 15 и 17) посредством электронной почты в отсканированном виде с указанием результата окончания программы ЭКО.

Форма

Протокол
№ __ от «__» _____ 202_ г.
заседания комиссии Министерства здравоохранения Пермского края
по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации
для проведения лечения с использованием вспомогательных
репродуктивных технологий за счет средств обязательного
медицинского страхования

Присутствовали:

Список пациентов, направляемых в медицинские организации на лечение
бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий
за счет средств обязательного медицинского страхования

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Место регистрации	Диагноз	Шифр пациента	Дообследование
1						
2						
3						

Список пациенток, которым отказано в лечении бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Место регистрации	Диагноз	Причина отказа
1					
2					

Председатель комиссии
Секретарь комиссии

Форма

Лист
ожидания пациенток для получения направления
на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных
технологий за счет средств обязательного медицинского страхования
в Пермском крае

N п/п	Шифр пациента	Дата рассмотрения документов пациента комиссией	Результат решения комиссии	Признак обращения	Дата рекомендации к направлению для проведения процедуры ЭКО и/или криопереноса
1					
2					
3					

Форма

**Выписка
из амбулаторной карты пациентки для получения направления на лечение
бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения
для базовой программы**

Выписка из амбулаторной карты № _____

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Ф.И.О.:

Дата рождения: г.р.

Место жительства:

Телефон:

Пациентка _____ для проведения программы ЭКО и ПЭ по ОМС.

На учете по бесплодию в системе "ПРО-мед" состоит с _____ (Дата постановки на учет)

ИМТ

АМГ

Жалобы: на отсутствие беременности

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузий:

Наследственный анамнез:

Lues, Вич, туберкулез, гепатиты отрицает.

Перенесенные болезни:

Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни:

Перенесенные женские заболевания при половой жизни:

Менструальная функция: менструация с _____ лет, по _____ дней, регулярные, через _____ дней,

умеренные, болезненные.

Половая функция: половая жизнь с лет, брак зарегистрирован.

Предохраняет ли себя от беременности:

Репродуктивная функция: Б-

Перенесенные гинекологические операции:

Данные обследования

инфекция	г./результат	результат	результат
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
СПИД	/отр.		
Сифилис	/отр.	/отр.	/отр.
Гепатит В	/отр.		
Гепатит С	/отр.		

2. Группа крови, резус-фактор -

3. Клинический анализ крови -

показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Гематокрит		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
Базофилы		
Эозинофилы		
Лимфоциты		
Моноциты		

3. Общий анализ мочи -

4. Биохимический анализ крови

показатель	значение	норма, единицы измерения
Глюкоза		

Общий белок		
Общий билирубин		
Креатинин		
Мочевина		
АСТ		
АЛТ		

5. Коагулограмма -

показатель	значение	норма, единицы измерения
РКМФ		
АПТВ		
фибриноген		

6. Гормональное обследование:

показатель	значение	норма, единицы измерения
Антимюллеровый гормон		
ЛГ		
Пролактин		
ФСГ		
ТТГ		
Т4		

7. ПЦР анализ на ИППП:

инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ДНК CMV, кач.	
ДНК HSV I и II типов, кач.	

8. Исследование сыворотки крови методом ИФА на инфекции (при отрицательном результате на краснуху обязательна вакцинация с указанием даты вакцинации)

Исследование сыворотки крови методом ИФА,	IgM	IgG, единицы измерения
---	-----	------------------------

инфекция		
ЦМВИ	отр.	
ВПГ 1 и 2 типа	отр.	
Краснуха	отр.	
Токсоплазмоз	отр.	

9. Мазок

Тест		Результат
Лейкоциты		
Эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Споры грибов, нити мицелия		
Флора		
Степень чистоты влагалища		

10. Мазок на онкоцитологию

11. УЗИ органов малого таза: (на 2-7 день менструального цикла)

12. ЭКГ -

13. ФЛГ -

14. Консультация терапевта -

15. УЗИ молочных желез

16. Маммолог (по показаниям)

17. УЗИ щитовидной железы

18. Узкие специалисты (по показаниям)

19. Психиатр

20. Нарколог
Муж: Ф.И.О.:

Флюорография

Группа крови, резус

Психиатр

Нарколог

Инфекция	Дата анализа/результат	Дата анализа/результат	Дата анализа/результат
	ИФА	РИГА	Реакция микрометод Вассермана
СПИД	/отр.		
Сифилис	/отр.	/отр.	/отр.
Гепатит В	/отр.		
Гепатит С	/отр.		

ПЦР анализ на ИППП

инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ДНК CMV, кач.	
ДНК HSV I и II типов, кач.	

Спермограмма N			Дата анализа		
параметры		норма ВОЗ	параметры		норма ВОЗ
воздержание		3-7 дней	кол-во сперматозоидов в 1 мл		> 20 млн./мл
время разжижения		<60 минут	кол-во сперм-в в эякуляте		> 40 млн./мл
объем эякулята		2-4 мл	подвижных		> 50%
вязкость		N	из них: быстрых прогрессивных "а"		> 25%
цвет		серо-молоч.	средних "в"		
РН		7,2-7,8	медленных "с"		
агглютинация		нет	неподвижных		<50%
лейкоциты		< 1 млн./мл	средняя прогрессивная скорость сперматозоидов "а"		

Спермоцитогарма			
Сперматозоиды в нормальной морфологии (норма ВОЗ > 30%)		Сперматозоиды с патологической морфологией	
	60,7%	1. головка	
Сперматиды		2. шейки	
Особенности	1-2 в п/з	3. хвоста	
		4. смешанного типа	

MART-тест JG G

Заключение андролога:

Диагноз:

Лечащий врач

Дата

М.П.

Форма

**Выписка
из амбулаторной карты пациентки для получения направления на лечение
бесплодия методом переноса криоконсервированных эмбрионов**

Выписка из амбулаторной карты № ____

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Ф.И.О.:

Дата рождения: г.р.

Место жительства:

Телефон:

Пациентка _____ для проведения программы криопереноса по ОМС.

Название клиники, в которой хранятся криоконсервированные эмбрионы
(документ, подтверждающий хранение эмбрионов)

На учете по бесплодию в системе "ПРО-мед" состоит с _____ (Дата постановки на учет)

ИМТ

Жалобы: на отсутствие беременности

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузий:

Наследственный анамнез:

Lues, Вич, туберкулез, гепатиты отрицает.

Перенесенные болезни:

Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни:

Перенесенные женские заболевания при половой жизни:

Менструальная функция: менструация с _____ лет, по _____ дней, регулярные, через _____ дней,
умеренные, болезненные.

Половая функция: половая жизнь с лет, брак зарегистрирован.

Предохраняет ли себя от беременности:

Репродуктивная функция: Б-

Перенесенные гинекологические операции:

Данные обследования

инфекция	г./результат	результат	результат
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
СПИД	/отр.		
Сифилис	/отр.	/отр.	/отр.
Гепатит В	/отр.		
Гепатит С	/отр.		

2. Группа крови, резус-фактор -

3. Клинический анализ крови -

показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Гематокрит		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
Базофилы		
Эозинофилы		
Лимфоциты		
Моноциты		

3. Общий анализ мочи -

4. Биохимический анализ крови

показатель	значение	норма, единицы измерения
Глюкоза		

Общий белок		
Общий билирубин		
Креатинин		
Мочевина		
АСТ		
АЛТ		

5. Коагулограмма -

показатель	значение	норма, единицы измерения
РКМФ		
АПТВ		
фибриноген		

6. Гормональное обследование:

показатель	значение	норма, единицы измерения
Пролактин		
ТТГ		
Т4		

7. ПЦР анализ на ИППП:

инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ДНК CMV, кач.	
ДНК HSV I и II типов, кач.	

8. Исследование сыворотки крови методом ИФА на инфекции (при отрицательном результате на краснуху обязательна вакцинация с указанием даты вакцинации)

Исследование сыворотки крови методом ИФА, инфекция	IgM	IgG, единицы измерения
ЦМВИ	отр.	
ВПГ 1 и 2 типа	отр.	
Краснуха	отр.	

Токсоплазмоз	отр.	
--------------	------	--

9. Мазок

Тест		Результат
Лейкоциты		
Эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Споры грибов, нити мицелия		
Флора		
Степень чистоты влагалища		

10. Мазок на онкоцитологию

11. УЗИ органов малого таза: (на 2-7 день менструального цикла)

12. ЭКГ -

13. ФЛГ -

14. Консультация терапевта -

15. УЗИ молочных желез

16. Маммолог (по показаниям)

17. УЗИ щитовидной железы

18. Узкие специалисты (по показаниям)

19. Психиатр

20. Нарколог

Диагноз:

Лечащий врач

Дата

М.П.

Форма

**Протокол
врачебной комиссии медицинской организации, направляющей
пациентку на лечение бесплодия с использованием вспомогательных
репродуктивных технологий за счет средств обязательного**

Направление на оказание ЭКО/криопереноса по ОМС

№ ____ от «__» _____ 202__ г.

Ф.И.О. пациентки:

Дата рождения:

Место регистрации:

Диагноз:

Заключение: Нуждается в оказании проведения процедуры ЭКО/криопереноса в рамках ОМС.

Код по МКБ-10:

Вид лечения: оказание медицинской помощи за счет средств ОМС

Место оказания

Главный врач

Заместитель главного врача по ЭВМ

Зав. ЖК

Врач

М.П.

**Ежемесячный отчет
медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь
по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных
технологий)» (родильные дома (отделения))**

Форма

Мониторинг Проектного комитета «Характеристика рождаемости»

Периодичность представления – **ежемесячно, нарастающим итогом**

Наименование медицинской организации

№	Наименование показателя	Всего	1-ого ребенка	2-ого ребенка	3-его ребенка	4-ого ребенка	5-ого ребенка	6-ого ребенка и последующих	неизвестно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Число родов после ЭКО (проведенного по ОМС)		X	X	X	X	X	X	X
2.	Количество родившихся детей в результате ЭКО (проведенного по ОМС)								
	<i>из них:</i>	X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.	<i>двойни</i>		X	X	X	X	X	X	X
2.2.	<i>тройни и более трех</i>		X	X	X	X	X	X	X

**Ежемесячный отчет
медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь
по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования
вспомогательных репродуктивных технологий)»
(женские консультации)**

Форма

Мониторинг числа женщин, вставших на учет после ЭКО за месяц

Периодичность представления – **ежемесячно, без нарастающего итога**

Наименование медицинской организации

Месяц	Число женщин, вставших на учет после ЭКО за месяц		
	Полный цикл	Криоперенос	Всего
1	2	3	4
январь			
февраль			
март			
апрель			
май			
июнь			
июль			
август			
сентябрь			
октябрь			
ноябрь			
декабрь			
ИТОГО*			

* рассчитывается ежемесячно нарастающим итогом

**Ежемесячный отчет
медицинских организаций, работающих в системе ОМС и оказывающих
медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»**

Форма

Мониторинг числа женщин, вставших на учет после ЭКО за месяц

Периодичность представления – ежемесячно, без нарастающего итога

Наименование медицинской организации

Месяц	Число выполненных процедур ЭКО за месяц				Число выполненных процедур ЭКО (I-III этап)	
	Полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов	Полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов	Криоперенос	Всего	I-III этап без применения криоконсервации эмбрионов	I-III этап с применением криоконсервации эмбрионов
1	2	3	4	5	6	7
январь						
февраль						
март						
апрель						
май						
июнь						
июль						
август						
сентябрь						
октябрь						
ноябрь						
декабрь						
ИТОГО*						

* рассчитывается ежемесячно нарастающим итогом

Мониторинг Проектного комитета «Характеристика рождаемости»

Периодичность представления – **ежемесячно, нарастающим итогом**

Наименование медицинской организации

№	Наименование показателя	Всего
1	2	3
1.	Число проведенных процедур ЭКО (по ОМС)*	
2.	Число женщин, которым проведены циклы ЭКО (за счет средств ОМС)*	
	из них число женщин в возрасте	х
2.1.	до 30 лет	
2.2.	30-39	
2.3.	40-49	

* Полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов, полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов, криоперенос

Форма

РЕКОМЕНДАЦИЯ
к направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств обязательного
медицинского страхования

№ __

«__»

20__ г.

(ФИО пациента, направляемого для проведения ЭКО)

(шифр пациента) (дата рождения) (возраст пациента)

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

Пациент обязан явиться в клинику в течение 30 дней с даты выдачи рекомендации

Председатель комиссии

(подпись)

(ФИО Председателя комиссии)

Форма

РЕКОМЕНДАЦИЯ
к направлению для проведения процедуры криопереноса за счет средств
обязательного медицинского страхования

№ __

«__»

20__ г.

(ФИО пациента, направляемого для проведения криопереноса)

(шифр пациента) (дата рождения) (возраст пациента)

(наименование медицинской организации для проведения криопереноса)

Пациент обязан явиться в клинику в течение 30 дней с даты выдачи рекомендации

Председатель комиссии

(подпись)

(ФИО Председателя комиссии)

Форма

Направление
для проведения программы экстракорпорального
оплодотворения <1> в рамках территориальной программы обязательного
медицинского страхования

(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента
для проведения программы ЭКО)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС <2> пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

(код диагноза пациента по МКБ-10 <3>)

(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО)

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(должность)

(подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

<1> Далее - ЭКО.
<2> Страховой номер индивидуального лицевого счета.
<3> Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Форма

Справка
о выполнении медицинской организацией программы
экстракорпорального оплодотворения <1> в рамках территориальной
программы обязательного медицинского страхования

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(период проведения ЭКО)

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность,
УЗ - беременность, нет беременности)

(должность руководителя
медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

М.П.

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)"

<1> Далее - ЭКО.

Форма

**Направление
для проведения программы переноса криоконсервированных
эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного
медицинского страхования**

(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента
для проведения переноса криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС <2> пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

(код диагноза пациента по МКБ-10 <3>)

(первичное/повторное обращение для проведения программы переноса криоконсервированных эмбрионов)

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(должность)

(подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

<2> Страховой номер индивидуального лицевого счета.
<3> Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Форма

Справка
о выполнении медицинской организацией
переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной
программы обязательного медицинского страхования

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей
перенос криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(период проведения ЭКО)

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность,
УЗ - беременность, нет беременности)

(должность руководителя
медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

М.П.

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)"