



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ставропольского края

ПРИКАЗ

г. Ставрополь

17 мая 2022 г.

№ 01-05/430

Об организации оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении лечения бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказов 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), от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» и в целях организации оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении лечения бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1 Алгоритм маршрутизации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (далее соответственно – ЭКО, перенос криоконсервированных эмбрионов) для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края (далее – алгоритм).

1.2. Рекомендуемый перечень документов, предоставляемых пациентом в целях регистрации и включения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с помощью

программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

1.3. Рекомендуемую форму электронного реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

1.4. Рекомендуемую форму электронного реестра пациентов, которым возможно проведение переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

1.5. Рекомендуемую форму выписки из амбулаторной карты пациента, которая оформляется лечащим врачом при направлении пациента на лечение бесплодия с помощью процедуры ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

1.6. Форму отчета-регистра пациентов, получивших медицинскую помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

1.7. Форму отчета о выполнении процедур ВРТ.

1.8. Рекомендуемую форму предоставления информации об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения ВРТ в рамках базовой программы ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

2. Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ»):

2.1. Организовать на базе ГБУЗ СК «СККПЦ» кабинет для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции.

2.2. Внести соответствующие изменения в штатное расписание и организационно-штатную структуру и предоставить их на согласование и утверждение в министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) в установленном порядке.

2.3. Разработать и предоставить на утверждение в министерство положение о кабинете для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции.

2.4. Назначить ответственное лицо, выполняющее в кабинете для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции, следующие обязанности:

2.4.1. Прием, регистрацию и анализ правильности оформления медицинской документации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

2.4.2. Мониторинг соблюдения медицинскими организациями Ставропольского края, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на текущий год и плановый период (далее – Территориальная программа), алгоритма с учетом наличия в данной медицинской организации Ставропольского края объемов оказания медицинской помощи с применением ВРТ, доведенных Территориальным фондом ОМС Ставропольского края.

2.4.3. Формирование и ведение электронного реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО и электронного реестра пациентов, которым возможно проведение переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края в соответствии с рекомендуемыми формами, утверждаемыми министерством.

2.5. Обеспечить предоставление ежемесячно не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным в отдел медицинских проблем материнства и детства министерства информацию по форме, предусмотренной программно-информационным комплексом «Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью министерства обеспечить:

3.1. Контроль за работой кабинета для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции.

3.2. Обеспечить предоставление ежемесячно не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным в отдел медицинских проблем материнства и детства министерства информацию об эффективности лечения бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счёт средств ОМС в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) в разрезе каждой медицинской организации.

4. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с бесплодием, нуждающимся в лечении с применением ВРТ за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, в части проведения обследования и направления пациентов в медицинские организации Ставропольского края, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и

гинекологии (использованию ВРТ), и участвующие в реализации Территориальной программы в соответствии с Приказом № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и алгоритмом, утвержденным приказом министерства.

5. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ), и участвующих в реализации Территориальной программы, обеспечить предоставление:

5.1. В кабинет для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции ГБУЗ СК «СККИПЦ» на электронный адрес есо@stav-roddom.ru:

5.1.1. Отчета-регистра пациентов, получивших медицинскую помощь с использованием ВРТ за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, по форме, утверждённой министерством – ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

5.1.2. Отчета о выполнении процедур ВРТ и информацию об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения ВРТ в рамках базовой программы ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, по формам, утвержденным министерством, – ежемесячно, до 2 числа месяца, следующего за отчетным.

5.2. В медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ справки о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, в соответствии с приложением № 6 к Порядку использования ВРТ, противопоказаниям и ограничениям к их применению, утвержденному Приказом № 803н.

6. Рекомендовать руководителям медицинских организаций частной системы здравоохранения Ставропольского края принять к исполнению положения настоящего приказа.

7. Признать утратившим силу приказ министерства от 07 августа 2018 г. № 01-05/748 «Об организации работы по отбору и направлению пациентов для оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае».

8. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

9. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Ставропольского края Кузьмину Е.М.

Министр



В.Н. Колесников

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

АЛГОРИТМ

маршрутизации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края

Настоящий Алгоритм регламентирует вопросы маршрутизации пациентов для лечения бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (далее, соответственно – ЭКО, перенос криоконсервированных эмбрионов) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

1. В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на текущий год и плановый период (далее – Территориальная программа) медицинская помощь пациентам с бесплодием предоставляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учётом стандартов медицинской помощи.

2. На лечение бесплодия с помощью программы ЭКО и/или перенос криоконсервированных эмбрионов имеют право мужчина и женщина, как состоящие в зарегистрированном браке, так и не состоящие в зарегистрированном браке.

3. Пару считают бесплодной, если беременность у женщины при возрасте до 35 лет не наступает в течение года регулярной половой жизни без использования средств и методов контрацепции и в течение 6 месяцев у женщины 35 лет и старше.

4. Обследование женщин осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (в том числе доврачебной, врачебной и специализированной). Специализированная медицинская помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний.

5. Обследование мужчин (мужа или мужчины, не состоящего в браке с женщиной), проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию

на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

6. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6-12 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия.

7. Длительность наблюдения, обследования и лечения пациентов с бесплодием допускается в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше.

8. С целью сокращения сроков обследования для установления диагноза бесплодие (при необходимости), уточнения формы бесплодия и (или) определения тактики лечения, пациенты направляются в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ)), из числа включённых в перечень медицинских организаций Ставропольского края, участвующих в реализации Территориальной программы и оказывающие медицинскую помощь по соответствующему профилю.

9. Лечащий врач медицинской организации, осуществляющей направление пациента на лечение бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края (далее – лечащий врач), оформляет направление на лечение бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, по форме, являющейся приложением № 5 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н (далее соответственно – Порядок, Приказ № 803н). В направлении указывается медицинская организация, выбранная пациентом, в которой будет проводится процедура ЭКО и/или перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

10. Лечащий врач предоставляет пациентам перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО и/или перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

11. При направлении пациента на лечение бесплодия с помощью процедуры ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края, лечащим врачом оформляется выписка из амбулаторной карты пациента (далее – выписка), по форме, утверждаемой министерством.

12. Базовая программа ЭКО состоит из этапов и оказывается в соответствии с пунктом 8 Порядка, утверждённого Приказом № 803н.

13. В случае наличия у пациентов показаний, предусмотренных пунктом 31 Порядка, утверждённого Приказом № 803н, программа ЭКО дополняется этапом криоконсервации биоматериалов (ооцитов, сперматозоидов).

14. Программа ЭКО и/или перенос криоконсервированных эмбрионов выполняется пациентам в случае наличия у них показаний, перечисленных в пункте 10 Порядка, утверждённого Приказом № 803н.

15. Перечень ограничений для проведения программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов предусмотрен в пункте 12 Порядка, утверждённого Приказом № 803н.

16. Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации (далее - Перечень противопоказаний) предусмотрен Приложением № 2 к Приказу № 803н.

17. Ответственное лицо, назначенное главным врачом медицинской организации, осуществляющей направление пациента на процедуру ЭКО и/или перенос криоконсервированных эмбрионов, проводит проверку представленных документов на предмет их соответствия установленным требованиям, удостоверяясь, что:

17.1. Подготовлен полный пакет документов, в соответствии с рекомендуемым перечнем, утвержденным приказом министерства.

17.2. Документы оформлены четко и разборчиво, не имеют повреждений, описок и исправлений.

17.3. Выписка отражает показания и отсутствие противопоказаний для выполнения процедуры ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов, а также содержит все установленные для неё реквизиты: наименование медицинской организации, оформившей выписку, подпись лечащего врача, подпись руководителя, печать медицинской организации, дату выдачи выписки.

17.4. Пациент, нуждающийся в направлении на лечение бесплодия с использованием ВРТ, застрахован на территории Ставропольского края.

18. Медицинская помощь с использованием ВРТ оказывается медицинскими организациями (структурными подразделениями), имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (с использованием ВРТ) и участвующими в реализации Территориальной программы.

19. По завершению проверки документов пациента лечащий врач направляет пакет документов пациента по защищенному каналу связи или пациента с пакетом документов лично (форма направления определяется самим пациентом) в кабинет для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ»).

20. Ответственное лицо кабинета для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции, назначенное главным врачом ГБУЗ СК «СККПЦ» осуществляет:

20.1. Приём медицинской документации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС.

20.2. Регистрацию и внесение в электронный реестр данных пациентов с целью соблюдения очередности проведения лечения бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края. Сведения в реестр пациентов «Электронная очередь», нуждающихся в лечении с использованием ВРТ, в рамках территориальной программы ОМС вносятся в течение 3 рабочих дней с даты их получения с указанием даты явки пациента в медицинскую организацию.

20.3. Анализ правильности оформления медицинской документации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС.

20.4. Направление пациента в сложных клинических случаях на врачебную комиссию, по результатам которой выдается заключение. В сложных клинических случаях для рассмотрения медицинской документации пациент приглашается на врачебную комиссию лично для получения рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

20.5. Регистрацию выписки в листах ожидания реестра пациентов «Электронная очередь».

21. Реестр пациентов «Электронная очередь», нуждающихся в лечении с использованием ВРТ, за счет средств ОМС, с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных размещается на едином портале здравоохранения Ставропольского края

22. Отслеживание очередности по уникальному коду заявки может осуществляться пациентами по версии листа ожидания реестра пациентов «Электронная очередь», размещаемого на едином портале здравоохранения Ставропольского края.

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

документов, предоставляемых пациентом в целях регистрации и включения в лист ожидания реестра «Электронная очередь» для пациентов, направляемых на лечение бесплодия с помощью программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки за счет средств обязательного медицинского страхования

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных. Бланк заявления о согласии на обработку персональных данных выдается при обращении в кабинет для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» и заполняются пациентом лично. Бланк заявления также размещен на официальном сайте министерства здравоохранения Ставропольского края.

2. Выписка из амбулаторной карты пациента (далее – выписка) оформляется лечащим врачом при направлении пациента для лечения бесплодия с помощью процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (далее - перенос криоконсервированных эмбрионов) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

Для направления на перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края пациент может подать выписку давностью не более одного года.

3. Паспорт гражданина Российской Федерации (для лиц, не имеющих гражданства Российской Федерации, но проживающих на территории Российской Федерации – вид на жительство, разрешение на временное проживание) и его копия.

4. Медицинский полис ОМС и его копия.

5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и его копия.

6. Выписка из эмбриологического протокола в случае направления на перенос криоконсервированных эмбрионов.

7. Направление для проведения программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования по форме, являющейся приложением № 5 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных техноло-

гий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ВЫПИСКА

ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА № _____

Женская консультация № _____ Наименование населенного пункта _____

Адрес медицинской организации:

Телефон:

E-mail:

Ф.И.О.:

Дата рождения:

Место жительства:

Телефон:

E-mail:

Место работы:

Пациентка (Ф.И.О.) _____ направляется для
(выбрать нужное):

1. Проведения программы экстракорпорального оплодотворения и/или размораживания криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (далее соответственно – ЭКО, ПЭ) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

2. Консультации по вопросу о возможности проведения программы ЭКО и ПЭ за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края.

Жалобы: на отсутствие наступления беременности на фоне регулярной половой жизни без применения контрацепции в течение _____ (указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения пациентки по бесплодию в данной ж/к).

Аллергологический анамнез: _____

Гемотрансфузии: _____

Наследственный анамнез: _____

Lues, туберкулез, гепатиты: _____

Перенесенные болезни: _____

Гинекологические заболевания: _____

Менструальная функция: _____

Половая функция: _____

Контрацепция (да, нет) и методы контрацепции: _____

Брак (какой по счету, с какого возраста в настоящем браке): _____

Репродуктивная функция: Б-, А-, Р-, В- .

| Год | Беременность | Особенности течения, исход беременности |
|-----|--------------|---|
| | | |
| | | |

Перенесенные операции:

| Год | Операция, показания | Объем операции |
|-----|---------------------|----------------|
| | | |
| | | |

Гистеросальпингография/Эхогистеросальпингоскопия (дата обследования, результат, если проводилась):

При условии отсутствия программ ЭКО в анамнезе: Попытки ЭКО отрицает.

Попытки ЭКО и ИЭ*:

| Дата | Медицинская организация | Город | Метод | Количество | | Результат УЗИ | |
|------|-------------------------|-------|-------|------------|-----------|---------------|--------|
| | | | | ооцитов | эмбрионов | Отр. | Полож. |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Указать дополнительно, если ЭКО проводилось с техникой ИКСИ - интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку.

Данные обследования:

1. Исследование на инфекции:

| Инфекция | Дата анализа | Результат |
|--|--------------|-----------|
| Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека - 1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) | | |
| Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) | | |
| Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В | | |

| | | |
|---|--|--|
| (Hepatitis B virus) | | |
| Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) | | |

2. Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) (дата анализа): _____

3. Клинический анализ крови (дата анализа):

| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
|--------------------|----------|--------------------------|
| Гемоглобин | | |
| Эритроциты | | |
| Цветной показатель | | |
| Гематокрит | | |
| Ретикулоциты | | |
| Тромбоциты | | |
| СОЭ | | |
| Лейкоциты | | |
| Базофилы | | |
| Эозинофилы | | |
| Миелоциты | | |
| Метамиелоциты | | |
| Палочкоядерные | | |
| Сегментоядерные | | |
| Лимфоциты | | |
| Моноциты | | |

4. Общий анализ мочи (дата анализа): _____

5. Биохимический анализ крови (дата анализа):

| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
|------------|----------|--------------------------|
|------------|----------|--------------------------|

| | | |
|-----------------|--|--|
| Глюкоза | | |
| Общий белок | | |
| Общий билирубин | | |
| Креатинин | | |
| Мочевина | | |
| АСТ | | |
| АЛТ | | |

6. Коагулограмма (дата анализа):

| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
|---|----------|--------------------------|
| МНО (международное нормализованное отношение) | | |
| Протромбиновое время | | |
| АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) | | |
| Фибриноген | | |
| Тромбиновое время | | |

7. Гормональное обследование (дата анализа):

| Гормоны | Показатели | Норма, единицы измерения |
|---|------------|--------------------------|
| ФСГ (фолликулостимулирующий гормон) | | |
| ЛГ (лютеинизирующий гормон) | | |
| Е2 (эстрадиол) | | |
| Пролактин | | |
| Свободный тестостерон | | |
| ТТГ (тиреотропный гормон) | | |
| а/т к ТПО (антитела к тиреопероксидазе) | | |

| | | |
|--|--|--|
| АМГ (антимюллеров гормон) | | |
| Прогестерон (через 5-7 дней после предполагаемой овуляции или за 5-7 дней до предполагаемой менструации) | | |

8. ПЦР-анализ на заболевания, передающиеся половым путем (дата анализа):

| Инфекция | Результат |
|------------------------------|-----------------|
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | (не) обнаружена |
| <i>Mycoplasma genitalium</i> | (не) обнаружена |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | (не) обнаружена |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | (не) обнаружена |

9. Исследование сыворотки крови методом ИФА (дата анализа)*:

| Инфекции | IgM | IgG |
|---|-----|-----|
| определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (<i>Rubella virus</i>)* | | |

*при отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G показана вакцинация с планированием беременности не ранее, чем через 3 месяца после вакцинации согласно инструкции к применению вакцины.

10. Мазок на флору (дата анализа)*:

| | U | C |
|--------------------|---|---|
| Лейкоциты | | |
| Плоский эпителий | | |
| Гонококки Нейссера | | |
| Трихомонады | | |
| Флора | | |

* При выявлении нарушения флоры влагалища рекомендуется направлять пациентку на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*).

11. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального капала (дата исследования): _____

* Рекомендуется выполнить расширенную кольпоскопию для выявления измененных участков шейки матки (при визуальных изменениях шейки матки, при аномалиях в мазках от ASCUS и более, при положительном тесте на ВПЧ ВКР).

12. УЗИ органов малого таза на 5 - 7 день менструального цикла (при регулярном ритме менструаций, либо независимо от дня менструального цикла при олиго-аменорее) с подробным описанием: состояние эндометрия (описание патологических процессов: полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), подсчет КАФ (определение количества антральных фолликулов в обоих яичниках со средним диаметром от 4 – 10 мм в наибольшей двумерной плоскости в ранней фолликулярной фазе цикла), описание состоятельности рубца на матке. (дата годности УЗ исследования не более 1 месяца).

При наличии показаний проведение магнитно-резонансной томографии органов малого таза (при подозрении на наличие пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, для оценки состоятельности рубца на матке).

13. УЗИ молочных желез/маммография (дата исследования): _____

14. Консультация маммолога по показаниям (дата): _____

15. УЗИ щитовидной железы и консультация эндокринолога — по показаниям (дата): _____

16. ЭКГ (дата исследования): _____

17. ФЛГ (дата исследования): _____

18. Консультация терапевта (дата): _____

19. Консультация врача-генетика (при наличии наследственного (врожденного) заболевания у одного из родителей, детей или родственников; при рождении ребенка (беременности плодом) с хромосомной патологией или врожденными пороками развития в анамнезе; при носительстве хромосомной патологии у одного из супругов, при нарушении полового развития, в том числе при первичной аменорее; при бесплодии неясного генеза; при привычном невынашивании беременности (2-х и более самопроизвольных прерываний беременности); повторные неудачные попытки переноса «свежих» или размороженных эмбрионов (3 у женщин моложе 35 лет, 2 - у женщин 35 лет и старше); при тяжелых нарушениях сперматогенеза у мужчин олигоастенотератозооспермия, олигозооспермия, азооспермия); при кровнородственном браке супругов) (дата): _____

Муж (партнер женщины): Ф.И.О., возраст, брак (какой по счету), есть ли дети в предыдущих браках.

1. Исследование на инфекции:

| Инфекция | Дата | Результат |
|----------|------|-----------|
| | | |

| | | |
|--|---------|--|
| | анализа | |
| Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека - 1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) | | |
| Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) | | |
| Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) | | |
| Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) | | |

2. Спермограмма (дата исследования)*:

| Параметры | Норма ВОЗ | Параметры | Норма ВОЗ |
|------------------|---------------|---|----------------|
| Воздержание | 3 - 7 дней | Количество сперматозоидов в 1 мл | > 12-16 млн/мл |
| Время разжижения | < 60 мин | Количество сперматозоидов в эякуляте | 33-46 млн/мл |
| Объем эякулята | 2 - 4 мл | Подвижных | 38-42% |
| Вязкость | № | Из них: быстрых прогрессивных «а» | 31-34% |
| Цвет | серо-молочный | средних «в» | |
| РН | 7,2 - 7,8 | медленных «с» | |
| Агглютинация | нет | неподвижных | |
| Лейкоциты | < 1 млн/мл | Жизнеспособность (живых сперматозоидов) | 55-63% |

| Спермацитограмма: | | | |
|---|--|--|------------|
| Сперматозоиды с нормальной морфологией (норма ВОЗ > 4%) | | Сперматозоиды с патологической морфологией | |
| | | | 1. головки |
| Сперматиды | | 2. шейки | |
| Особенности: | | 3. хвоста | |
| | | 4. смешанного типа | |

*При превышении уровня лейкоцитов в эякуляте пациентам рекомендуется микробиологическое (культуральное) исследование эякулята на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, молекулярно-биологическое исследование спермы на хламидии (*Chlamidia trachomatis*), молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (*Mycoplasma genitalium*), молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму хоминис (*Mycoplasma hominis*), молекулярно-биологическое исследование спермы на уреоплазмы (*Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*).

3. Тест на наличие антиспермальных антител в сперме (смешанную антиглобулиновую реакцию - MAR-тест): _____

4. Консультация уролога-андролога (заключение, рекомендации): _____

Диагноз (супружеской пары): _____

Код по МКБ: _____

Лечащий врач: (Ф.И.О., подпись) _____

Заведующий женской консультацией: (Ф.И.О., подпись) _____

Печать медицинской организации

Дата «__» _____ 20__ г.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

ФОРМА

ОТЧЕТ-РЕГИСТР

пациентов, получивших медицинскую помощь с использованием вспомога-
тельных репродуктивных технологий за счет средств обязательного меди-
цинского страхования для лиц, застрахованных на территории Ставрополь-
ского края

| № П/П | Фами- лия, имя, отчество | Дата рождения | Место жители- ства | Номер направ- ления | Дата направ- ления | Дата обраще- ния в медицин- скую органи- зацию на проведен ис лечения с использо- ванием вспомога- тельных репродук- тивных технолог ий (далее – ВРТ) | Номер медицин- ской карты в учрежде- нии, выпол- нявшем ВРТ | Дата начала прото- кола | Вид ВРТ, дата переноса эмбриона |
|----------|--------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|---|----------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

(должность руководителя медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Печать медицинской организации

УТВЕРЖЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

ФОРМА

ОТЧЕТ

о выполнении процедур вспомогательных репродуктивных технологий

за _____ 20 ____ года

| Число выполненных процедур ЭКО за месяц | | | | Число выполненных процедур ЭКО (I - III этап) за месяц | |
|--|---|-------------|-------|--|--|
| 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 |
| | | | | | |

(должность руководителя медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Печать медицинской организации

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от 17 мая 2022 г. № 01-05/430 _____

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ИНФОРМАЦИЯ

об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Ставропольского края

за _____ 20__ года

Сведения по женщинам, вставшим на учет по беременности

| № п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Адрес | Дата постановки на учет по беременности | Срок беременности |
|-------|--------|---------------|-------|---|-------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

Сведения по родившим женщинам

| № п/п | Ф.И.О. | Дата рождения | Адрес | Исход беременности (дата родов) | Количество рожденных детей |
|-------|--------|---------------|-------|---------------------------------|----------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

(должность руководителя медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Печать медицинской организации