

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

## ПРИКАЗ

20.11.2018

№ 3713

г. Новосибирск

### **Об организации медицинской помощи пациентам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на территории Новосибирской области**

В целях организации работы по направлению пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области, по оказанию медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), во исполнение федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», Постановления Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» **п р и к а з ы в а ю :**

#### **1. Утвердить:**

Порядок организации оказания медицинской помощи пациентам (далее - пациенты), застрахованным в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) на территории Новосибирской области;

Форму направления пациентов на консультативный прием в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Клинический центр охраны здоровья семьи и репродукции» (далее - ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР»);

Форму выписки из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - амбулаторная карта);

Форму заявления о постановке в реестр ожидания пациентов (далее – Реестр);

Форму Реестра;

Состав комиссии по направлению пациентов в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ (далее – Комиссия);

Положение о Комиссии;

Форму протокола заседания Комиссии;

Форму направления пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС;

Форму отчета медицинской организации, выполнившей процедуру по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС;

Форму направления для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС;

Форму отчета медицинской организации, выполнившей процедуру переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС;

Форму отчета ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» о результатах оказания медицинской помощи с применением ВРТ;

Форму отчета медицинской организации, где Пациентка была родоразрешена после проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС.

2. Главным врачам медицинских организаций Новосибирской области, имеющих в структуре женскую консультацию, обеспечить:

1) работу по выявлению и учету пациентов с бесплодием (формирование диспансерной группы).

2) направление пациентов в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» на прием специалиста отделения репродуктивного здоровья для постановки в Реестр.

3) проведение с пациентами информационно-разъяснительной работы о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ, в том числе путем размещения информации на информационных стендах и официальном сайте медицинской организации.

3. Главным врачам государственных медицинских организаций Новосибирской области, имеющих родильные отделения, обеспечить ежеквартальное предоставление информации о количестве родов и рожденных детей по форме, утвержденной данным приказом в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР».

4. Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с использованием ВРТ в системе ОМС, до второго числа месяца, следующего за отчетным, обеспечить предоставление отчета медицинской организации о результатах оказания медицинской помощи с использованием ВРТ пациентам в соответствии с настоящим приказом в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР».

5. Главному врачу ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» Чернякиной О.Ф.:

1) организовать работу в возглавляемой медицинской организации в соответствии с утвержденным порядком и положением о комиссии в пределах компетенции;

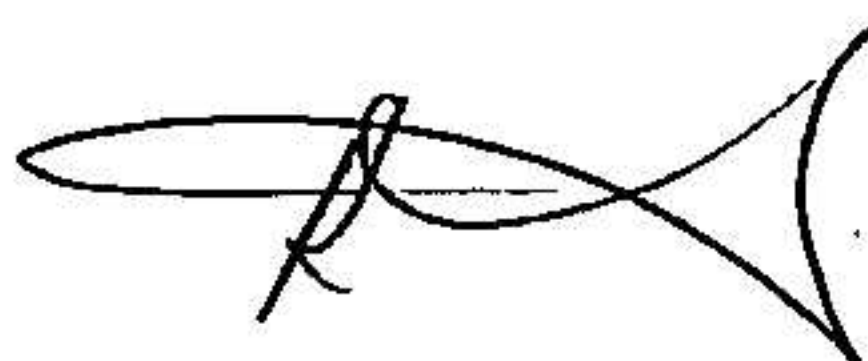
2) организовать проведение обследования пациентов в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» перед получением направления на оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств ОМС.

6. Начальнику отдела развития информационных технологий министерства здравоохранения Новосибирской области Ларину С.А. обеспечить техническое сопровождение ведения реестра.

7. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 16.12.2016 № 3319 «Об организации медицинской помощи Гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на территории Новосибирской области жителям Новосибирской области».

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Лиханова А.В.

Министр



К.В. Хальзов

УТВЕРЖДЕН  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Регламент оказания медицинской  
помощи пациентам, застрахованным в системе  
обязательного медицинского страхования с использованием методов  
вспомогательных репродуктивных технологий на территории  
Новосибирской области**

1. Настоящий Регламент регулирует вопросы организации медицинской помощи пациентам с использованием методов ВРТ.

2. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3. Обследование женщин проводится в медицинских организациях по месту прикрепления, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление деятельности, предусматривающую оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

4. 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 по месту прикрепления, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по урологии.

5. При установлении диагноза «бесплодие», в том числе фактора бесплодия, а также определении необходимости проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ врачом акушером-гинекологом направляющего медицинского учреждения по месту наблюдения пациента оформляется выписка из амбулаторной карты пациента и направление в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР», выполняющего роль координирующего медицинского учреждения.

6. Прием документов в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» осуществляют врачи-специалисты отделения репродуктивного здоровья;

6.1. Запись на прием осуществляется посредством записи через регистратуру ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» по адресу: г. Новосибирск, ул. Киевская, 14, ежедневно, с 08.00 до 19.00, лично или по телефонам: 341-96-14, 341-90-28;

6.2. При приеме в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» пациент представляет следующие документы:

- направление врача акушера-гинеколога на консультацию в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР»;

- выписку из медицинской карты пациента (два экземпляра);

- копию документа, удостоверяющего личность пациента;

- копию документа, удостоверяющего личность партнера;

- копию полиса обязательного медицинского страхования пациента;

- копию страхового свидетельства (СНИЛС) пациентки.

7. Задачами специалистов ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» являются:

- специализированный прием врача акушера-гинеколога и уролога-андролога отделения репродуктивного здоровья;

- консультации смежных специалистов по показаниям (терапевт, уролог, эндокринолог, физиотерапевт);

- проведение врачебного консилиума в сложных клинических ситуациях, в том числе при выявленных ограничениях для проведения ЭКО;

- рекомендации по дополнительному обследованию супружеской пары на базе направившего медицинского учреждения (по показаниям);

- рекомендации по проведению индивидуальной предгравидарной подготовки супружеской пары перед оказанием медицинской помощи с применением ВРТ;

- формирование полного пакета документов для вынесения случая на рассмотрение врачебной комиссии ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР».

8. При условии подготовки документов пациента и подтверждения диагноза бесплодия специалист отделения репродуктивного здоровья осуществляет передачу индивидуального пакета документов пациента секретарю врачебной комиссии ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» для рассмотрения вопроса о включении пациента в Реестр.

9. Врачебная комиссия ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» рассматривает представленные секретарем Комиссии документы пациентов перед включением в реестр, а также перед направлением последних на услугу и принимает одно из следующих решений:

- включить пациента в Реестр на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ;

- выдать направление пациенту на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ согласно порядковому номеру реестровой очереди;

- выдать направление пациенту на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ независимо от порядкового номера реестровой очереди в случаях проводимого комбинированного лечения тяжелых форм эндометриоза у пациенток с сохраненным овариальным резервом;

- направить пациента на проведение дополнительного медицинского обследования;

- отказать пациенту в организации медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ.

10. Основанием для отказа в организации медицинской помощи с использованием ВРТ является:

- отсутствие показаний для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ;

- наличие противопоказаний и ограничений к проведению лечения бесплодия с использованием ВРТ (возраст 45 лет и старше; снижение овариального резерва (по данным ультразвукового исследования яичников – 3 и менее антральных фолликула и уровня антимюллерова гормона в крови – менее 1,0); возраст 40 лет и старше в сочетании со сниженным овариальным резервом; состояния, при которых лечение с использованием базовой программы ЭКО неэффективно и показано использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства.

11. Комиссия по направлению пациентов в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ (далее - Комиссия) рассматривает представленные ответственным секретарем Комиссии документы пациентов, состоящих в реестре, перед направлением последних на услугу и принимает одно из следующих решений:

- выдать направление пациенту на ВРТ

- не направлять пациента на ВРТ

На основании протокола Комиссии в течение 5 рабочих дней после вынесения решения секретарь комиссии готовит направление Пациентам на проведение ЭКО.

12. При направлении Пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

13. Выбор медицинской организации для проведения процедуры ЭКО осуществляется пациентом из числа медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания Пациентам медицинской помощи в Новосибирской области, оказывающих медицинскую помощь с применением ВРТ.

14. В день выдачи направления пациент заполняет заявление о выборе медицинской организации.

14.1. Направление пациентов на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ действительно в течение тридцати календарных дней от момента выдачи;

14.2. По истечении тридцати календарных дней с момента выдачи направления на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ медицинская организация информирует Комиссию о случаях прибытия пациентов на проведение ВРТ;

14.3. Пациенты, не явившиеся на процедуру ЭКО в указанный срок и не известившие секретаря комиссии о причинах неявки в течение тридцати календарных дней с момента выдачи направления уведомляются посредством электронной связи и удаляются из Реестра.

15. В процессе постановки в Реестр, пациенты получают индивидуальный шифр (идентификационный номер), который соответствует их порядковому номеру в Реестре.

16. Секретарь Комиссии:

1) ежеквартально до десятого числа месяца, следующего за отчетным, размещает на сайте министерства здравоохранения Новосибирской области (<http://www.zdrav.nso.ru>) актуализированную электронную версию листов ожидания на проведение ЭКО и/или криопереноса с указанием очередности и шифра Пациента без персональных данных Пациентов;

2) оповещает пациентов Реестра, которым планируется оказание медицинской помощи с применением ВРТ в порядке очередности за 3 месяца до процедуры посредством электронной связи.

17. Главный врач ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР»:

1) ежеквартально, до десятого числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области (далее – Фонд) информацию о пациентах, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ, включенных в реестр;

2) ежеквартально, до десятого числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет в министерство здравоохранения Новосибирской области отчет о результатах оказания медицинской помощи Пациентов с использованием ВРТ в соответствии с прилагаемой формой к настоящему приказу.

17.1. Пациенты, не явившиеся на прием в указанные сроки и не известившие о причине неявки, исключаются из Реестра через 6 месяцев после оповещения с уведомлением посредством электронной связи.

18. Пациент, прибывший на лечение бесплодия с использованием ВРТ в медицинскую организацию, представляет следующие документы:

- направление пациента на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ, выданное Комиссией;

- результаты обследования, проведенного в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования ВРТ, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

- документ, удостоверяющий личность;

- документ, удостоверяющий личность партнера;

- СНИЛС пациента;

- полис обязательного медицинского страхования пациента.

19. Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:

- а) стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов
- б) пункция фолликулов яичника для получения яйцеклеток;
- в) оплодотворение ин витро и культивирование эмбрионов;
- д) внутриматочное введение (перенос) эмбрионов в полость матки;
- е) криоконсервация эмбрионов;
- ж) внутриматочное введение криоконсервированных эмбрионов.

20. Хранение и транспортировка (в случае необходимости) криоконсервированных эмбрионов осуществляется за счет личных средств пациентов и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

21. Решение о сегментации цикла при наличии медицинских показаний принимает врачебная комиссия на базе медицинской организации, осуществляющей программу ЭКО за счет средств ОМС.

21.1. Перенос криоконсервированных эмбриона в полость матки в сегментированном цикле осуществляется в медицинской организации, проводившей пункцию ооцитов и криоконсервацию эмбрионов;

21.2. Перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки в сегментированном цикле осуществляется в течение 180 дней после пункции ооцитов в рамках базовой программы ОМС.

22. Реестр пациентов, нуждающихся в проведении процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС, формируется отдельно от основного Реестра ожидания пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на территории Новосибирской области;

22.1. Направление на проведение процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС и сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру криопереноса, оформляются по форме, утвержденной данным приказом.

23. Мужчины и женщины, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокие женщины, имеющие высокий риск передачи наследственных заболеваний потомству, подтвержденный результатами генетического обследования одного или обоих родителей, и нуждающиеся в проведении преимплантационной генетической диагностики, направляются на ЭКО в рамках базовой программы ОМС на общих основаниях;

23.1. Генетическое обследование одного или обоих родителей, а также преимплантационная генетическая диагностика осуществляется за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

24. Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО по направлению в рамках базовой программы обязательного медицинского



страхования, не предусмотренных стандартом оказания медицинской помощи при использовании вспомогательных репродуктивных технологий, регламентированных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов), производится за счет личных средств пациентов и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Ссылка на статье 84 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

25. При обращении пациентов в медицинскую организацию и включении в цикл ЭКО, медицинская организация направляет сведения согласно форме отчета к настоящему приказу в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР», на основании которого пациенты исключаются из Реестра с указанием информации о факте направления на лечение. Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуру ЭКО, должны быть направлены по почте и в электронном виде, в срок не более двух рабочих дней с момента окончания программы ЭКО.

25.1. Информация о количестве пациентов, направленных на проведение ЭКО за счет средств ОМС и сведения о выбранных ими медицинских организациях для проведения ЭКО, о количестве пациентов повторно включенных в лист ожидания секретарем Комиссии, в течение 5 рабочих дней после подписания протокола в установленном порядке доводятся до сведения Территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций.

26. В целях оценки эффективности лечения бесплодия с применением ВРТ, проведенного за счет средств обязательного медицинского страхования, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) в сроке 8 недель беременности проводится ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР».

26.1 Направление на УЗИ пациенту выдает врач акушер-гинеколог отделения репродуктивного здоровья. Запись осуществляется по телефону 8 993 005 85 52. Копии УЗИ протоколов передаются секретарю Комиссии для ведения отчетности.

27. При отсутствии беременности после проведения ВРТ пациент имеет право повторно включаться в Реестр при условии соблюдения очередности.

В течение одного календарного года пациент вправе получить не более двух процедур ЭКО за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма направления пациентов на консультативный прием в государственное  
бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области  
«Клинический центр охраны здоровья семьи и репродукции»**

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Наименование медицинской организации, из которой направлен пациент:

\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество женщины \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Адрес регистрации \_\_\_\_\_

4. Страховое свидетельство \_\_\_\_\_

5. Страховой полис \_\_\_\_\_

6. Номер телефона \_\_\_\_\_

7. Фамилия, имя, отчество партнера \_\_\_\_\_

9. Диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (подпись) врача/заведующего отделением

\_\_\_\_\_  
М.П.

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма выписки из медицинской карты пациента,  
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_

Адрес медицинской организации: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Адрес (с почтовым индексом) \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Диагноз: (подробный по МКБ) \_\_\_\_\_ Шифр МКБ \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

Индекс массы тела: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Лues, туберкулез, гепатиты \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания: \_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_

Половая функция: \_\_\_\_\_

При использовании контрацепции, указать вид: \_\_\_\_\_

Репродуктивная функция: аборты - \_\_\_\_\_, роды - \_\_\_\_\_, самопроизвольное прерывание беременности - \_\_\_\_\_

Год	Беременность	Особенности течения
-----	--------------	---------------------

Перенесенные операции: \_\_\_\_\_

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

Гистеросальпингография (дата, протокол операции):

---

---

---

---

Программа ЭКО и ПЭ (дата, результат проведенной программы):

---

---

---

---

Данные обследования

1.

Инфекция	Дата анализа/результат
ВИЧ-1; ВИЧ-2 а/т М, G	
Сифилис	
Гепатит В а/т М, G	
Гепатит С а/т М, G	

2. Группа крови, резус фактор, дата анализа: \_\_\_\_\_

3. Клинический анализ крови, дата анализа: \_\_\_\_\_

Показатель	Значение
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		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		

6. Коагулограмма, дата анализа:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
ПТИ		
АЧТВ		
фибриноген		
тромбиновое время		
АТ III		
Д димер		
Агрегация тромбоцитов		

Заключение:

При выявлении нарушений показателей коагулограммы показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением о возможности проведения лечения бесплодия с применением ВРТ.

6. Гормональное обследование (2-3 д.м.ц.), дата анализа:

Гормоны	Показатели
ФСГ	

ЛГ	
пролактин	
тестостерон	
Т4св.	
ТТГ	
АМГ	
Кортизол	
17-гидроксипрогестерон	
Дигидроэпиандростеронасульфат	
Эстрадиол	

7. Обследование на ИППП методом ПЦР-анализ на, дата анализа:

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

8. Исследование сыворотки крови методом ИФА, дата анализа:

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ		
ВПГ 1 и 2 типа		
краснуха		
токсоплазмоз		
хламидии		

9. Мазок на флору, дата анализа:

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококк.		
Трихомонады		
Флора		

10. Кольпоскопия, дата исследования (результат описать):

---



---

Мазок на онкоцитологию, дата анализа (результат описать):

11. УЗИ органов малого таза (на 5 - 7 день менструального цикла), дата исследования (результат описать):

12. ЭКГ, дата исследования (результат описать):

13. ФЛГ, дата исследования (результат описать):

14. Консультация терапевта, дата осмотра (заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности):

15. УЗИ молочных желез/ маммография, дата исследования (результат описать). При наличии патологии молочных желез - заключение маммолога.

16. УЗИ щитовидной железы, дата исследования (результат описать):

17. Консультация эндокринолога (по показаниям), дата консультации (заключение об отсутствии противопоказания для лечения бесплодия с применением ВРТ):

18. Консультация генетика (по показаниям), дата (результат консультации):

19. При наличии экстрагенитальной патологии, консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности и назначения гормональных препаратов (с указанием кода МКБ X):

20. Заключение психиатра (заключение об отсутствии противопоказания для лечения бесплодия с применением ВРТ):

21. Заключение нарколога (заключение об отсутствии противопоказания для лечения бесплодия с применением ВРТ):

**Обследование партнера:**

1.

Инфекция	Дата анализа/результат
ВИЧ	

Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2.

Спермограмма, дата анализа		
Показатели		Референсные значения (ВОЗ, 2010)

**Физические свойства эякулята:**

Объем, мл		1,5 (1,4 - 1,7) мл
Вязкость		умеренная
Время разжижения, мин.		≤ 60
рН		≥ 7,2
Потеря эякулята		

**Спермограмма:**

Концентрация сперматозоидов, млн/мл		15 (12 - 16) млн/мл
Общее число сперматозоидов, млн		39 (33 - 46) млн
Прогрессивно-подвижные (ПП), млн/мл; %		32 (31 - 34)%
Подвижные (ПП + СП), млн/мл; %		40 (38 - 42)%
Аномальные, млн/мл; %		
Прогрессивно-подвижные в динамике, млн/мл; %		
Степень подвижности (GR)		≥ 2
Агглютинация		нет
Круглые клетки, млн/мл		< 5 млн/мл
Эритроциты, млн/мл		нет
Лейкоциты, млн/мл<*>		< 1 млн/мл
Живые сперматозоиды, % <***>		58 (55 - 63)%

**Оценка строгой морфологии сперматозоидов:**

Нормальная форма сперматозоидов, %		4 (3,0 - 4,0)%
Атипичная форма сперматозоидов, %, в т.ч. дефекты:		
головки, % <****>		
шейки, % <****>		
хвоста, % <****>		



Дефекты акросомы, % <****>		
Булавочные формы, %		<= 20%
Цитоплазматические капли		1
Индекс тератозооспермии - ИТЗ		<= 1,6
Индекс дефектности сперматозоидов - ИДС		<= 1,6

**MAR-тест:**

Доля сперматозоидов с антиспермальными антителами, %		< 10% (норма) <*> 10 - 39% (пограничные значения) > 40% (иммунологическое бесплодие)
------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------

**НВА-тест (анализ на связывание сперматозоидов с гиалуроновой кислотой):**

Доля зрелых сперматозоидов с нормальной физиологической функцией, %		> 60 - 80% <*>
---------------------------------------------------------------------	--	----------------

**Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов:**

Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов, %		< 15% (норма) <*> 15 - 30% (пограничные значения) > 30% (критическое значение)
-------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------

**Примечание:**

**Заключение:**

**3. ПЦР-анализ на ЗППП, дата анализа:**

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

**4. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа:**

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
хламидии		

5. Мазок на флору из уретры: \_\_\_\_\_

Лечащий врач (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Заведующий отделением (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Заведующий женской консультацией (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Главный врач (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_

Заключение ВК № \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Пациент (ФИО) нуждается в направлении на лечение бесплодия с применением ВРТ

Члены ВК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма заявления о постановке в реестр ожидания пациентов**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_  
(паспортные данные заявителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства заявителя)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

**Заявление**

Прошу поставить меня в реестр ожидания Пациентов, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания Пациентам медицинской помощи в Новосибирской области.

Прилагаемые документы:

- копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
- копия документа, удостоверяющего личность партнера;
- два экземпляра выписки из амбулаторной карты Пациента;
- два экземпляра копии полиса обязательного медицинского страхования Пациента;
- результаты анализов обследования Пациента перед проведением лечения с использованием ВРТ.

Дата заполнения: \_\_\_\_\_.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_.



УТВЕРЖДЕН  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Состав комиссии по отбору и направлению пациентов  
в медицинские организации для оказания медицинской помощи с  
использованием ВРТ**

Лиханов Андрей Владимирович - заместитель министра здравоохранения Новосибирской области, председатель Комиссии;

Волков Рэм Валерьевич главный акушер-гинеколог Новосибирской области, заместитель председателя Комиссии;

Филипович Ольга Николаевна главный специалист по репродуктивному здоровью заведующая отделением охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР», заместитель председателя комиссии;

Зубова Яна Вячеславовна секретарь комиссии, медицинская сестра отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР»;

Агамян Нелли Михайловна врач-методист государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики»;

Васильева Галина Евгеньевна заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области;

Вятчина Анна Николаевна методист государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Медицинский информационно-аналитический центр»; заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР»;

Юрьева  
Юлия Сергеевна

начальник отдела «Организации медицинской помощи матерям и детям министерства здравоохранения Новосибирской области».

УТВЕРЖДЕНО  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3413

## **Положение о Комиссии по направлению пациентов в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ**

1. Комиссия в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами Новосибирской области, настоящим положением.

2. Комиссия осуществляет свои полномочия во взаимодействии с медицинскими организациями Новосибирской области

3. Комиссия принимает решение о выдаче направлений пациента в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи с применением ВРТ, осуществляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на основании следующих документов:

- заявления пациента;
- выписки из медицинской документации Пациента и партнера;
- заключения врачебной комиссии ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР».

Настоящее Положение определяет порядок деятельности Комиссии по отбору и направлению пациентов, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ.

4. Заседание Комиссии проводит председатель, в случае его отсутствия - заместитель председателя Комиссии.

6. Председатель Комиссии осуществляет руководство Комиссией, ведет заседания Комиссии, подписывает протокол заседания Комиссии.

7. Заместитель председателя Комиссии выполняет функции председателя Комиссии при отсутствии последнего.

8. Секретарь Комиссии:

-ведет реестр пациентов, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;

-готовит материалы к заседаниям Комиссии;

-за 5 рабочих дней до дня заседания Комиссии оповещает членов Комиссии о заседании;

-информирует пациентов, включенных в реестр, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ о сроках заседания Комиссии;

-оформляет протоколы заседания Комиссии;

-направляет один экземпляр выписки из амбулаторной карты пациента, копию полиса обязательного медицинского страхования Пациента и копию протокола решения Комиссии в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь с использованием ВРТ;

-осуществляет сбор отчетов медицинских организаций.

9. Комиссия осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний. Заседание Комиссии проводится каждый первый и третий понедельник месяца (с 14.00 до 16.00).

Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 членов Комиссии. Решение Комиссии принимается большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании. При равенстве голосов голос председателя Комиссии (в его отсутствие - голос заместителя председателя Комиссии) является решающим.

10. Решение Комиссии оформляется протоколом Комиссии, который хранится в ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» в течение 3 лет с момента его издания.



УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

### Форма протокола заседания Комиссии

Заседание комиссии

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Комиссия в составе:

Председатель: \_\_\_\_\_

Члены Комиссии: \_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Представлена документация пациентки (Ф.И.О.): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Заключение Комиссии: \_\_\_\_\_

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма направления пациентов для проведения процедуры ЭКО  
в рамках базовой программы ОМС**

\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения ЭКО)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

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

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской  
Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(Ф.И.О. должностного лица) М.П.

(должность)

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3413

**Форма отчета медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО  
по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

N \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(наименование медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО)

---

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

---

(период проведения ЭКО)

(результат проведенного лечения)

---

(руководитель медицинской организации) М.П.

(Ф.И.О.)

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Направление для проведения процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС**

\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения криопереноса)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

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

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации/места жительства)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры криопереноса)

---

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации  
в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

---

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

---

(Ф.И.О. должностного лица) М.П.

(должность)

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма отчета медицинской организации, выполнившей процедуру  
переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС**

\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, выполнившей процедуру криопереноса)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

\_\_\_\_\_  
(период проведения криопереноса)

\_\_\_\_\_  
(результат проведенного лечения)

\_\_\_\_\_  
(руководитель медицинской организации) М.П.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма отчета ГБУЗ НСО «КЦОЗСиР» о результатах оказания медицинской  
помощи с применением ВРТ**

Количество процедур ЭКО, проведенных за отчетный период	Из общего числа проведенных процедур ЭКО выполнены:				Число женщин, у которых наступила беременность после ЭКО (по данным УЗИ)	Число родов после ЭКО	Число рожденных детей в результате применения ЭКО
	в федеральных медицинских учреждениях			в медицинских организациях субъектов Российской Федерации (название)			
	Минздрава России (название)	РАН (название)	ФМБА (название)				

УТВЕРЖДЕНА  
приказом министерства  
здравоохранения  
Новосибирской области  
от 20.11.2018 № 3713

**Форма отчета медицинской организации, где пациентка была родоразрешена после  
проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

(название медицинской организации)

Способ родоразрешения		Срок родоразрешения				Число рожденных детей в результате применения ЭКО	
Кесарево сечение	Самопроизвольные роды	22-28 нед.	28-32 нед.	32-37 нед.	37-42 нед.	От многоплодной беременности	От одноплодной беременности