



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

10.05.2018

№

382

г. Благовещенск

Об организации лечения
бесплодия методом ЭКО на
территории Амурской области

На основании постановления Правительства Амурской области от 29.12.2017 № 628 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», информационно-методического письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2016 № 15-4/10/2-1895 «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО», совместных писем Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 №№ 15-0/10/1-7577 и 12573/30-4/и «О повышении эффективности процедуры ЭКО за счет средств ОМС», № 13572/26-2/и от 21.11.2017 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» в целях улучшения организации работы по лечению бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) на территории Амурской области

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм использования вспомогательных репродуктивных технологий в рамках оказания бесплатной медицинской помощи населению Амурской области (далее – Алгоритм) согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Состав комиссии министерства здравоохранения Амурской области по отбору пациентов в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО (далее – Комиссия) согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму направления на проведение процедур ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС (далее – Направление) согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуры ЭКО или перенос размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС (далее – Сведения) согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Форму медицинской выписки из амбулаторной карты для оказания специализированной (высокотехнологичной) помощи (далее – Выписка) согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. План по подготовке и направлению пациентов на лечение бесплодия методом ЭКО на 2017 год (далее – План) согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

1.4. Форму отчета по родам у женщин после ЭКО и переноса размороженных эмбрионов в полость матки (далее – Форма) согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций области, подведомственным министерству здравоохранения Амурской области, имеющим лицензию по профилю «акушерство и гинекология», обеспечить:

2.1. Назначение ответственного из числа заместителей главного врача за организацию работы по лечению бесплодия методом ЭКО на подведомственной территории.

2.2. Недопущение длительности обследования для установления причин бесплодия более 6 месяцев.

2.3. Обследование пациентов при подготовке к лечению методами вспомогательных репродуктивных технологий при наличии полиса ОМС – за счет средств обязательного медицинского страхования, с заключением договоров на недостающие виды исследований с другими медицинскими организациями, в т.ч. не работающими в системе ОМС.

2.4. Контроль за организацией диспансерного наблюдения пациенток с бесплодием, а также женщин, прошедших процедуры ЭКО и переноса размороженных эмбрионов в полость матки.

2.5. Исполнение Плана мероприятий в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу.

2.6. Направление беременных (за исключением проживающих в г.Благовещенске) после ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки на родоразрешение в областной перинатальный центр ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница».

2.7. Направление беременных (проживающих в г.Благовещенске) после ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки на родоразрешение в родильный дом ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (за исключением беременных, имеющих показания для родоразрешения в перинатальном центре).

2.8. Предоставление информации на пациенток после ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки, родоразрешенных в подведомственных медицинских организациях, до 02 числа месяца, следующего за отчетным в отдел организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения области по Форме в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (О.В. Сапегина) продолжить программу мониторинга беременных области с выделением группы беременных после программ вспомогательных репродуктивных репродуктивных технологий (далее – ВРТ).

4. Главным врачам медицинских организаций и медицинских центров, выполняющих процедуру ЭКО или перенос размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС, обеспечить предоставление Сведений в Комиссию в соответствии с Алгоритмом, установленным настоящим приказом.

5. Комиссии обеспечить:

5.1. Прием и рассмотрение медицинских документов для направления на лечение методами ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки в течение 14 рабочих дней.

5.2. Отбор и направление пациентов в медицинские организации для лечения бесплодия.

5.3. Формирование листа ожидания с указанием очередности и шифра пациента, размещение его на официальном сайте министерства здравоохранения Амурской области.

6. Директору ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр» (Н.У. Бурлакова) обеспечить:

6.1. Техническое сопровождение по размещению листа ожидания на официальном сайте министерства здравоохранения Амурской области;

6.2. Размещение данного приказа на сайте минздрава Амурской области.

7. Приказ министерства здравоохранения Амурской области от 28.03.2017 № 258 признать утратившим силу.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Амурской области Е.В.Николаеву.

Министр



А.Ю.Субботин

Приложение № 1к приказу
министерства здравоохранения
Амурской области
от 10.05.2018 № 382

Алгоритм
использования ВРТ в рамках оказания бесплатной медицинской помощи
населению на территории Амурской области

1. Настоящий Алгоритм регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи с использованием методов ВРТ, а также противопоказания и ограничения к их применению.

2. ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

3. На применение ВРТ имеют право мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина (далее – пациенты).

4. Показаниями для проведения базовой программы ЭКО являются:

4.1. бесплодие, не поддающееся лечению, в т.ч. с использованием методов эндоскопической и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины в течение 12 месяцев с момента установления диагноза;

4.2. заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО (за исключением N46, N97.9, Z21).

5. Перечень противопоказаний для проведения ЭКО предусмотрен приложением № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

6. Оказание медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием ВРТ проводится на основе обоюдного информированного добровольного согласия мужчины и женщины, либо информированного добровольного согласия одинокой женщины.

7. Оказывать медицинскую помощь с использованием методов ВРТ вправе медицинские организации, созданные в виде Центра вспомогательных репродуктивных технологий, либо медицинские и иные организации, имеющие в структуре лабораторию (отделение) ВРТ при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее – медицинские организации).

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

9. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

10. Обследование мужа, мужчины, не состоявшего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное согласие на применение ВРТ (далее - партнер), осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по урологии.

11. Для определения показаний к применению ВРТ и установления причин бесплодия осуществляется:

а) оценка эндокринного и овуляторного статуса (определение уровня пролактина, стероидных гормонов в крови, ультразвуковое трансвагинальное исследование матки и придатков);

б) оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования – гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия;

в) оценка состояния эндометрия (ультразвуковое трансвагинальное исследование матки, гистероскопия, биопсия тканей матки (эндометрия);

г) исследование эякулята мужа (партнера), в случае выявления агглютинации сперматозоидов проводится смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов;

д) обследование мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций.

12. В случае, если после установления причины бесплодия проведенное лечение, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, стимуляцию овуляции и терапию мужского фактора бесплодия признано неэффективным (отсутствие беременности в течение 12 месяцев), пациенты направляются на лечение с использованием ВРТ. Женщины старше 35 лет по решению консилиума врачей направляются на лечение с использованием ВРТ до истечения указанного срока.

13. При подготовке к программе ВРТ на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ при первичном обращении в медицинской организации мужчине и женщине проводится обследование, которое включает:

а) определение антител к бледной трепонеме в крови;

б) определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С, определение антигенов вируса простого герпеса в крови;

в) микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад;

г) микробиологическое исследование или ПЦР на хламидии, микоплазму и уреоплазму;

д) ИФА на вирус простого герпеса 1, 2, на цитомегаловирус.

14. Женщинам выполняются:

а) общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование системы гемостаза;

б) общий анализ мочи;

в) определение антител класса М, G к вирусу краснухи в крови;

г) микроскопическое исследование влагалищных мазков;

д) цитологическое исследование шейки матки;

е) ультразвуковое исследование органов малого таза;

ж) флюорография легких (для женщин, не проходивших это исследование более 12 месяцев);

з) регистрация электрокардиограммы;

и) прием (осмотр, консультация) врача-терапевта.

15. Женщинам до 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы, а также женщинам старше 35 лет проводится маммография.

16. Женщинам, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, 2 и более случаев самопроизвольного прерывания беременности, преждевременных родов и/или неудачи программ ЭКО, страдающим первичной аменореей, назначается осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование).

17. При выявлении эндокринных нарушений назначается осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников.

18. Мужьям (партнерам) женщин выполняется исследование эякулята. При выявлении мужского фактора бесплодия проводится УЗИ органов мошонки, ТРУЗИ предстательной железы, консультация генетика с определением кариотипа.

19. При выявлении патологии органов малого таза, требующих хирургического лечения, на этапе оказания специализированной медицинской помощи пациенткам выполняется лапароскопия и гистероскопия. В случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

20. Визуально неизмененные яичники не должны подвергаться какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции.

21. Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 4 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют. При обнаружении во время гистероскопии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия.

22. Показанием для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ) является:

22.1. Тяжелое нарушение сперматогенеза:

а) астенозооспермия III степени тяжести, при которой двигательная активность сперматозоидов класса А менее 5%, количество прогрессивно-подвижных сперматозоидов (А+В) менее 30%;

б) олигозооспермия III степени тяжести, при которой выявляется менее 5 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята;

в) олигоастенозооспермия II степени тяжести, при которой выявляется примерно 5-9 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята и двигательная активность сперматозоидов класса А 10-5%, количество прогрессивно-подвижных сперматозоидов (А+В) менее 40%;

г) олигоастенозооспермия III степени тяжести, при которой выявляется менее 5 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята и двигательная активность сперматозоидов класса А менее 5%, количество прогрессивно-подвижных сперматозоидов (А+В) менее 30%.

22.2. Эякуляторная дисфункция.

22.3. Отсутствие или низкий процент оплодотворения (менее 20%) ооцитов в предыдущей программе ЭКО.

22.4. Малое количество ооцитов (менее 4-х).

23. Медицинские организации по месту жительства пациентки (супружеской пары) оформляют Выписку в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу и направляют в отделение ВРТ ГАУЗ АО «АОКБ» для включения в областной Регистр нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении по бесплодию и рассмотрении на Комиссии.

Комиссия рассматривает выписку из медицинской документации пациента в течение 14 рабочих дней, определяет показания, противопоказания и ограничения к применению процедур ВРТ в соответствии с Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденным приказом Минздрава РФ от 30.08.2012 № 107н, и принимает решение о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Решение Комиссии оформляется протоколом.

При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО или на перенос размороженных эмбрионов в полость матки в рамках базовой программы ОМС, Комиссией пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуры ВРТ из числа участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе

территориальных программ обязательного медицинского страхования, и выдается Направление на проведение процедур ЭКО или на перенос размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС.

Выбор медицинской организации для проведения процедуры ВРТ осуществляется пациентами в соответствии с перечнем.

При обращении пациентов в медицинскую организацию и включении их в циклы ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки медицинская организация направляет Сведения согласно приложению № 4 к настоящему приказу в Комиссию, на основании которого пациент исключается из листа ожидания с указанием в электронной версии листа ожидания информации о факте направления на лечение. Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуры ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки, должны быть направлены по почте, дополнительно посредством факсимильной связи, электронной почтой в отсканированном виде, в срок не более 2 (двух) рабочих дней с момента окончания программы лечения.

Комиссией ведется учет выданных Направлений, Обращений и полученных Сведений.

Расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, осуществляются в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в соответствии с разделами VIII, IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

С целью упорядочения оплаты медицинских услуг с учетом риска исключения пациента из программы лечения по причине возникновения осложнений на разных этапах лечения, возможна оплата следующих моделей медицинских услуг на оказание помощи по профилю «лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»:

№п/п	Наименование этапов проведения ЭКО
1	Проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)
2	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов, в т.ч. ИКСИ по показаниям
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, в т.ч. ИКСИ по показаниям
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов, в т.ч. ИКСИ по показаниям
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)

Примечание: хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. Пациент имеет право на криоконсервацию одной соломины с двумя эмбрионами, с последующей программой переноса размороженных эмбрионов в полость матки в течение 6 месяцев.

Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ, утвержденным приказом Минздрава России от 30.10.2012 № 556н (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов) производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» оказывать медицинскую помощь с использованием ЭКО, в т.ч. в рамках базовой программы ОМС могут медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ).

В соответствии с приказом Минздрава России от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» применение ЭКО осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, или условиях дневного стационара.

При наступлении беременности после проведения процедуры ЭКО ведение беременной осуществляется женской консультацией по месту жительства.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться Комиссией в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, не допускается проведение более 2-х попыток процедур ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции. Повторное проведение программ допускается не ранее 6 месяцев от предыдущей программы.

Информация о количестве пациентов, направленных на проведение процедуры ЭКО или переноса размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств ОМС, и сведения о выбранных ими медицинских организациях для лечения, о количестве пациентов, повторно включенных в лист ожидания Комиссией в течение 5 рабочих дней после подписания протокола предоставляется в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленном Правилами порядке доводится до сведения территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

Критерии отбора бесплодных пар для проведения лечения бесплодия на территории Амурской области за счет средств ОМС (регистрация брака не обязательна):

1. Наличие полиса ОМС;
2. Возраст женщины - до 45 лет;
3. Возраст мужчины - до 50 лет;
4. Срок бесплодия (отсутствие эффективности от лечения) - не менее 12 месяцев.
5. Снижение овариального резерва по данным гормонального исследования (АМГ менее 0,7, ФСГ более 12) и ультразвукового исследования (3 и менее антральных фолликулов).

Перечень

медицинских организаций, участвующих в проведении программы ЭКО за счет средств ОМС на территории Амурской области:

1. Отделение ВРТ ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск.
2. ООО «АмурМед» г. Благовещенск.

Приложение № 2 к приказу
министерства здравоохранения
Амурской области
от 10.05.2018 № 382

Состав комиссии по отбору жителей Амурской области, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий

Председатель	Е.В. Николаева – первый заместитель министра здравоохранения Амурской области
Секретарь	Н.М. Хамула – заведующий отделением ВРТ ГАУЗ АО «АОКБ»
Член комиссии	С.А. Филатов – ведущий консультант отдела организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Амурской области
Член комиссии	А.Г. Судаков – зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГАУЗ АО «АОКБ»
Член комиссии	И.А. Лаптева – заведующий отделением центра охраны здоровья семьи и репродукции ГАУЗ АО «АОКБ»

Приложение № 3 к приказу
 министерства здравоохранения
 Амурской области
 от 10.05.2018 № 382

**Направление для проведения процедуры ЭКО или переноса размороженных
 эмбрионов в полость матки и за счет средств ОМС**

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

 (ФИО направляемого пациента)

 (шифр пациента)

 (дата рождения)

 (возраст пациента)

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

 (полис ОМС)

 (СНИЛС)

 (адрес регистрации / места жительства)

 (код диагноза по МКБ)

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

 (адрес, тел., факс, адрес эл.почты)

Члены комиссии _____

Подписи _____

М.П.

Приложение № 4 к приказу
министерства здравоохранения
Амурской области
от 10.05.2018 № 382

**Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуру ЭКО
или переноса размороженных эмбрионов в полость матки за счет средств
ОМС**

№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Наименование медицинской организации для проведения ЭКО

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

(период проведения ЭКО)

(результат проведенного лечения)

М.П.

(руководитель медицинской организации)

(Ф.И.О.)

Приложение № 5 к приказу
 министерства здравоохранения
 Амурской области
 от 10.05.2018 № 382

Форма «Выписки из амбулаторной карты» для оказания специализированной (высокотехнологической) помощи» со ссылкой на анамнез заболевания, результатами обследования (оригиналы)

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ
 (название медицинского учреждения)

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

ФИО пациентки:

Дата рождения:

Место жительства:

Место работы:

Телефон: дом.

сот.

Пациентка ___ лет направляется для проведения программы ЭКО за счет средств ОМС.

Жалобы: на отсутствие беременности в течении

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузии:

Наследственный анамнез:

Менструальная функция: менархе с ___ лет, по ___ дня,

Половая функция: с ___ лет. В браке ___ лет.

Репродуктивная функция: абортов – ___, родов – ___, выкидышей – __.

Год	Беременность	Особенность течения	Исход

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Количество проведенных программ ЭКО или переносов размороженных эмбрионов в полость матки с указанием медицинской организации, результатов лечения, даты криоконсервации эмбрионов, количества замороженных эмбрионов.

1.

Данные обследования

	ИФА (действительно 3 месяца)
СПИД	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2. Группа крови, резус фактор (действителен 12 месяцев)

3. Клинический анализ крови (действителен 1 месяц):

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветовой показатель		
ВСК		
ДК		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
базофилы		
эозинофилы		
палочкоядерные		
сегментоядерные		
лимфоциты		
моноциты		

4. Общий анализ мочи (действителен 1 месяц):5. Биохимический анализ крови (действителен 1 месяц):

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Глюкоза		
Общий белок		
Общий билирубин		
АСТ		
АЛТ		

6. Коагулограмма (действителено 1 месяц):

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Протромбиновый индекс		
Фибриноген		
АПТВ		
Д-димер		
РФМК		
АЧТВ		

7. Гормональное обследование (действительно 6 месяцев):

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
АМГ		
ФСГ		
ЛГ		
ДГЭАС		
17-ОП		
Пролактин		
Тестостерон		
ТТГ		
Прогестерон – 21-й день цикла дата		

8. ПЦР или микробиологическое исследование (действительно 12 месяцев):

Инфекции	Результат
ВПГ-1	
ВПГ-2	
ЦМВ	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma hominis	
Mycoplasma genitalium	
Ureaplasma urealyticum	
Ureaplasma parvum	

9. Исследование сыворотки крови методом ИФА (действительно 6 месяцев):

Инфекция	Ig M	IgG
Rubella		
ВПГ 1		
ЦМВ		
Токсоплазмоз		
ВПГ-2		

10. Мазок на флору (действителен 1 месяц):

	U	C	V
Лейкоциты			
Пл. эпителий			
Гонококки нейс.			
Трихомонады			
Флора			

11. Исследование состояния матки и маточных труб (ГСГ или лапаро- и гистероскопия)
(выписки из стационара и рентгеновские снимки в цифровом формате)

12. Цитологическое исследования мазка шейки маки (действителен 12 месяцев)

13. Биопсия эндометрия (по показаниям, действительно 12 месяцев)

14. УЗИ органов малого таза (действительно 6 месяцев)

15. ФЛГ (действительно 12 месяцев)

16. Консультация терапевта (действительно 1 месяц)

17. Заключение психиатра (действительно 12 месяцев)

18. Заключение нарколога (действительно 12 месяцев)

19. УЗИ молочных желез (до 35 лет) или маммография (после 35 лет) (действительно 12 месяцев):

20. УЗИ щитовидной железы (действительно 12 месяцев)

21. Консультация маммолога и эндокринолога (действительно 12 месяцев)

22. Кольпоскопия шейки матки (действительно 12 месяцев)

23. При возрасте пациентки старше 35 лет, отсутствии в анамнезе родов и здоровых детей, отрицательных результатах ЭКО (2 и более) – консультация генетика с определением кариотипа партнеров.

24. Консультация профильных специалистов и рекомендации о возможности проведения ЭКО и вынашивания беременности (с указанием шифра заболевания по МКБ-10; инфекционист, венеролог, гепатолог, эндокринолог, кардиолог, невролог, эпидемиолог и пр.)

Муж (партнер) - ФИО:

Дата рождения:

Место жительства:

Место работы:

Телефон: сот.

	1. ИФА (действительно 3 месяца)
СПИД	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2. Группа крови, резус фактор: (действительно 12 месяцев)

3. ПЦР анализ на ИППП: (действительно 12 месяцев)

Инфекции	
ВПГ-1	
ВПГ-2	
ЦМВ	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma hominis	
Mycoplasma genitalium	
Ureaplasma urealyticum	
Ureaplasma parvum	

4. ФЛГ (действительно 12 месяцев)

5. Исследование эякулята (действительно 6 месяцев)

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
объем эякулята		1,5 мл и более
общее количество в эякуляте		39 млн и более
прогрессивная подвижность А+В		более 32%
нормальная морфология		более 4%
MAR-тест		менее 50%

Заключение:

6. Консультация андролога (предоставить выписку из амбулаторной карты с указанием диагноза, срока наблюдения и проведенного лечения, с указанием шифра заболевания по МКБ-10, действительно 12 месяцев)

7. Заключение психиатра: (действительно 12 месяцев)

8. Заключение нарколога: (действительно 12 месяцев)

9. Консультация генетика с определением кариотипа при мужском факторе бесплодия

10. Консультация профильных специалистов и рекомендации о возможности проведения ЭКО и вынашивания беременности (с указанием шифра заболевания по МКБ-10; инфекционист, венеролог, гепатолог, эндокринолог, кардиолог, невролог, эпидемиолог и пр.)

Диагноз клинический: (с указанием шифра заболевания по МКБ-10)

Врач акушер-гинеколог

Главный врач медицинского учреждения

Дата « » ____ 201 г.

При себе необходимо иметь документы:

- оригинал и ксерокопии паспорта жены и мужа (партнера) (1-я страница, прописка, регистрация брака);
- ксерокопии медицинского полиса ОМС и пенсионного страхового свидетельства (жены).

Выписка из амбулаторной карты заполняется в строгом соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу.

Все медицинские документы должны быть оформлены соответственно стандартам (печать учреждения, подпись врача).

Приложение № 6 к приказу
 министерства здравоохранения
 Амурской области
 от 10.05.2018 № 382

План по подготовке и направлению пациентов на лечение бесплодия
 методом ЭКО на 2018 год

Медицинские организации	Количество женского населения	Количество женщин фертильного возраста	Планируемое количество подготовленных и направленных пакетов документов на пациентов с бесплодием в Комиссию минздрава Амурской области для направления на лечение методом ЭКО на 2017 год
ГАУЗ АО «БГКБ»	101432	63472	180
ГАУЗ АО «Белогорская больница»	38132	16310	48
ГАУЗ АО «АОКБ»	11114	6601	18
ГБУЗ АО «Зейская больница им.Б.Е.Смирнова»	17971	9033	27
ГБУЗ АО «Свободненская больница»	35662	15484	48
ГБУЗ АО «Райчихинская больница»	11335	5193	15
ГАУЗ АО «Тындинская больница»	19135	11987	21
ГБУЗ АО «Шимановская больница»	10571	4651	12
ГБУЗ АО «Архаринская больница»	7679	3354	9
ГБУЗ АО «Бурейская больница»	11150	4607	12
ГБУЗ АО «Завитинская больница»	7469	2881	6
ГАУЗ АО «Ивановская больница»	10061	5409	15
ГАУЗ АО «Константиновская больница»	6758	3952	9
ГБУЗ АО «Мазановская больница»	6020	2221	6
ГАУЗ АО «Михайловская больница»	5367	3216	9
ГБУЗ АО «Октябрьская больница»	6575	3631	9
ГБУЗ АО «Серышевская больница»	12254	5247	15
ГБУЗ АО «Селемджинская больница»	4116	774	1
ГБУЗ АО «Сковородинская больница»	12185	6249	18
ГБУЗ АО «Ромненская больница»	4204	1508	3
ГАУЗ АО «Тамбовская больница»	23079	6230	15
ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»	6498	3418	12
ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка пгт.Прогресс»	6498	1726	6
Всего:	379482	189663	514

