



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

03 ноября 2020 года № *672*
г. Калининград

Об организации оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

В соответствии с подпунктом 1 пункта 9, подпунктом 6 пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 11.05.2010 № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в целях обеспечения доступности медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, осуществления контроля направления граждан с бесплодием на лечение, а также для повышения эффективности проведения лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Калининградской области, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1) перечень обследований граждан при бесплодии и направлении на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 1;

2) сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно

приложению № 2;

3) перечень показаний и противопоказаний для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 3;

4) мероприятия по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 4;

5) состав комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 5;

6) положение о комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 6;

7) правила организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 7;

8) форму выписки из медицинской документации для направления на комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 8;

9) форму заявления о предоставлении лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 9;

10) форму протокола заседания комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 10;

11) форму направления для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 11;

12) форму журнала регистрации медицинских документов, направленных в комиссию Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 12;

13) форму регистра пациентов с бесплодием согласно приложению № 13;

14) форму сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием согласно приложению № 14;

15) форму справки о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 15;

16) форму отчета по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 16;

17) форму отчета мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 17.

2. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области:

1) организовать оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложениям № 1, № 2, № 3 и № 4;

2) обеспечить оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 7;

3) обеспечить своевременное предоставление отчетов по форме согласно приложениям № 13, № 14 и № 17;

4) в течение 5 дней со дня издания настоящего приказа предоставить в Министерство здравоохранения Калининградской области сведения о специалисте, ответственном за взаимодействие с комиссией Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области, содержащие данные о должности, Ф.И.О., контактном телефоне и адресе электронной почты.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций негосударственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках

территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области:

1) организовать оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 1, № 2 № 3 и № 4;

2) обеспечить оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 7;

3) обеспечить состав Комиссии специалистами согласно приложению № 5;

4) обеспечить своевременное предоставление отчетов по форме согласно приложениям № 15, № 16 и № 17.

4. Приказ от 04.10.2017 № 475 «Об организации оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологии в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области» признать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Н.Б. Берездовец.

Министр



А.Ю. Кравченко

П Е Р Е Ч Е Н Ь

обследований граждан при бесплодии и направлении на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

1. Диспансерному наблюдению по бесплодию подлежат супружеские пары (состоящие и/или не состоящие в зарегистрированном браке) в случае:

1) отсутствия беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения методов контрацепции у супругов в возрасте младше 35 лет;

2) отсутствия беременности в течение шести месяцев регулярной половой жизни без применения методов контрацепции у супругов в возрасте женщины 35 лет и старше и/или мужчины 40 лет и старше;

3) наличия в анамнезе женщины эктопической беременности с вовлечением одной или обеих маточных труб, операций на органах малого таза.

2. При взятии на диспансерное наблюдение по бесплодию оформляется и заполняется медицинская документация в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»: контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) и медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у).

3. При взятии на диспансерное наблюдение по бесплодию сведения на каждого пациента и информация о дальнейшем его ведении вносится в регистр пациентов с бесплодием по форме, согласно приложению № 13.

4. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи,

в том числе специализированной, и специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания соответствующих видов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

6. Обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной (далее – партнер), давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ) осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

7. Обследование для установления причин бесплодия и определения показаний к применению ВРТ осуществляется в соответствии с:

1) приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и от 12.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (до 31.12.2020);

2) приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (с 01.01.2021);

3) клиническими рекомендациями (протоколом лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» и «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019.

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

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

2) 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;

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

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

5) обследование мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций.

9. Длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия.

10. 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 9-12 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.

11. С целью установления причин бесплодия, при подготовке к лечению с использованием ВРТ пациентам с бесплодием методом ЭКО, для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи мужчине и женщине проводится обследование, которое включает:

1) определение иммуноглобулинов класса М и G к *Treponema pallidum* в крови;

2) исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови;

3) определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови;

4) определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;

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

6) микробиологическое исследование отделяемого половых органов на хламидии, микоплазму и уреоплазму (срок годности исследования – 1 месяц);

7) молекулярно-биологическое исследование на вирус простого герпеса 1, 2, на цитомегаловирус (срок годности исследования – 3 месяца).

12. Обязательный перечень обследований женщины:

1) общий осмотр;

2) общий гинекологический осмотр;

3) клинический анализ крови;

4) анализ крови биохимический общетерапевтический;

5) определение группы крови и резус-фактора (однократно).

6) коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза);

- 7) общий анализ мочи;
- 8) определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови;
- 9) ультразвуковое исследование органов малого таза (матки и придатков), трансвагинальное (3-7 день менструального цикла);
- 10) инфекционный скрининг включает:
 - микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища;
 - молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на выявление генетического материала *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*;
- 11) кольпоскопия (по показаниям);
- 12) цитологическое исследование мазка шейки матки и цервикального канала;
- 13) оценка овуляторной функции
 - определение уровня прогестерона в крови (за 7 дней до менструации);
 - ультразвуковой мониторинг овуляции, который позволяет оценить рост и созревание фолликулов, произошедшую овуляцию, формирование желтого тела;
- 14) оценка овариального резерва:
 - определение уровня антимюллерова гормона (АМГ) в крови;
 - определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови на 2-5 дни менструального цикла;
 - определение количества антральных фолликулов (КАФ) при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) в раннюю фолликулярную фазу цикла (срок годности исследования – 6 месяцев);
- 15) определение гормонов в крови включает:
 - определение базальной концентрации ФСГ, АМГ, пролактина (ПРЛ), ЛГ, эстрадиола (E2), общего тестостерона (Т), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе, которое проводится на 2-5-й день менструального цикла;

16) оценка проходимости маточных труб проводится с помощью гистеросальпингографии (ГСГ) и/или соногистеросальпингографии, по показаниям – лапароскопии (срок годности исследования – 1 год);

17) оценка состояния органов малого таза путём гистероскопии, лапароскопии, биопсии эндометрия на 7-11 день менструального цикла, магнитнорезонансной томографии (срок годности исследования – 1 год).

Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 4 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют.

Гистологическая оценка состояния эндометрия показана при подозрении на патологические процессы эндометрия (хронический эндометрит, полип, гиперплазия).

При наличии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия, в случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

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

Магнитнорезонансная томография (МРТ) используется по показаниям для диагностики пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, опухолей гипофиза, оценки состоятельности рубца на матке.

Гистероскопия – заключительный метод диагностики при подозрении на внутриматочную патологию (срок годности исследования – 1 год).

Лапароскопия – заключительный метод комплексной оценки состояния органов малого таза (срок годности исследования – 1 год). Применяется при подозрении на трубный фактор бесплодия, спайках в малом тазу, подозрении на эндометриоз, пороках развития внутренних половых органов;

18) ультразвуковое исследование молочных желез женщинам на 7-11 день менструального цикла.

Женщинам до 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных

желез, при выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы проводится маммография.

Женщинам старше 35 лет проводится маммография.

При обнаружении патологии молочных желез – заключение маммолога/онколога;

19) ультразвуковое исследование щитовидной железы (при отсутствии изменений срок годности исследования – один год, при наличии изменений – консультация эндокринолога);

20) ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (при отсутствии изменений срок годности исследования – один год, при наличии изменений – консультация специалиста);

21) флюорография органов грудной клетки;

22) электрокардиограмма (ЭКГ) (при отсутствии изменений срок годности исследования – один год, при наличии изменений – консультация кардиолога);

23) заключение эндокринолога (срок годности исследования – 1 год);

24) заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности проведения ВРТ, вынашивания беременности (с учетом заключений врачей-специалистов по показаниям);

25) заключение генетика имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей, старше 35-и лет, мужчинам при наличии мужского бесплодия. Проводится исследование хромосомного аппарата (кариотипирование).

10. Основным методом оценки фертильности мужчины является оценка показателей эякулята (исследование макроскопических и микроскопических параметров).

Аномальные результаты анализа эякулята являются показаниями к обследованию мужчин врачом-урологом.

При мужском факторе бесплодия необходима консультация андролога и расширенное исследование эякулята (МАР-тест, морфология, анализ фрагментации ДНК сперматозоидов).

11. При проведении переноса ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ необходимо обследование только женщины.

При использовании ранее криоконсервированного эякулята или биоптата яичка представляются обследования мужчины на период проведения криоконсервации и сведения о хранении криоконсервированного эякулята или биоптата яичка из медицинской организации, осуществляющей ВРТ.

12. Лечащий врач, оформляя направление на каждый вид исследования, указывает дату и время его проведения.

13. Тактика ведения, лечения бесплодия пациентам осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (протокол лечения), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «03» ноября 2020 г. № 682

СРОКИ ГОДНОСТИ
результатов обследования для оказания медицинской помощи
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Наименование результатов обследования	Срок годности
1	2	3
1	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
2	Флюорография легких	1 год
3	Регистрация электрокардиограммы	1 год
4	Ультразвуковое исследование молочных желез	1 год
5	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	1 год
6	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови	3 месяца
7	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	3 месяца
8	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в	3 месяца
9	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	3 месяца
10	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц
11	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1 месяц
12	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1 месяц
13	Общий (клинический) анализ мочи	1 месяц
14	Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен
15	Определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен
16	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц

1	2	3
17	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>)	3 месяца
18	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла	6 месяцев
20	Исследование уровня анимюллера гормона в крови	6 месяцев
21	Спермограмма	6 месяцев
22	Консультация врача-терапевта	1 год
23	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 год
24	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 год
25	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц

П Е Р Е Ч Е Н Ь
показаний и противопоказаний
для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом
экстракорпорального оплодотворения

1. Показания для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) методом экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО):

- 1) индекс массы тела женщины не менее 18 и не более 35;
- 2) женское бесплодие трубного происхождения (Код по МКБ X: N 97.1);
- 3) женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

(Код по МКБ X: N 97.0);

4) женское бесплодие, связанное с изолированным мужским фактором (Код по МКБ X: N 97.4): секреторное бесплодие с олигозооспермией, астенозооспермией, тератозооспермией и их сочетанием, азооспермия при хранении ранее криоконсервированного биоптата яичка с достаточным содержанием сперматозоидов;

5) другие формы женского бесплодия (Код по МКБ X: N 97.8: бесплодие, обусловленное миомой матки и эндометриозом);

- бесплодие при отсутствии эффекта от хирургического метода лечения трубного бесплодия (после лапароскопии, сальпингоовариолизиса и/или коагуляции очагов эндометриоза) и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции;

- бесплодие, обусловленное миомой матки (не более двух клинически значимых субсерозных или интерстициальных узлов, размерами не более 4 см);

- бесплодие, обусловленное наружным и внутренним эндометриозом;

- сочетанные формы женского бесплодия после неэффективного консервативного и/или оперативного лечения;

7) отсутствие бесплодия, обусловленного сочетанием женского бесплодия с мужским фактором (Код по МКБ X: N 97+N 46);

8) критерии спермограммы для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО:

- объем эякулята не менее 1,5 мл;

- концентрация сперматозоидов не менее 15 млн в 1 мл;

- количество прогрессивно подвижных сперматозоидов более 5 млн. в 1 мл. эякулята;

9) критерии спермограммы для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО+ИКСИ:

- количество прогрессивно подвижных сперматозоидов 5 млн. и менее в 1 мл эякулята;

- доля нормальных форм сперматозоидов 4 % и менее;

- Мар-тест более 50 %;

- использование ранее криоконсервированного биоптата яичка при наличии достаточного количества сперматозоидов.

10) уровень ФСГ не более 12,0 МЕ/л, АМГ не ниже 1,0 нг/мл.

2. Оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с ВРТ методом ЭКО осуществляется при отсутствии:

1) тяжелых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка, в соответствии с утвержденным перечнем противопоказаний к применению ВРТ и искусственной инсеминации;

2) гинекологической патологии, снижающей вероятность наступления беременности при использовании методов ВРТ: хронические сальпингиты с образованием гидросальпинксов, миоматозные узлы размером более 4 см, субмукозный миоматозный узел, гиперпластические заболевания эндометрия, опухолевидные образования яичников;

3) острых воспалительных заболеваний репродуктивной системы и экстрагенитальных острых воспалительных заболеваний;

4) экскреторной формы мужского бесплодия (азооспермия, аспермия);

5) психических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и воспитанию ребенка.

3. Противопоказания в оказании специализированной медицинской помощи с применением ВРТ процедуры ЭКО определяются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» со дня его вступления в силу.

М Е Р О П Р И Я Т И Я

по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

1. Настоящие мероприятия по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Мероприятия) определяют порядок отбора, обследования, лечения, оформления медицинской документации и направления пациентов для оказания специализированной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) представляют собой лечение бесплодия, при котором отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма.

3. Медицинская помощь с использованием ВРТ пациентам с бесплодием оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

4. Оказание медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием ВРТ проводится на основе обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мужчины и женщины, либо информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одинокой женщины по форме согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (с 01.01.2021).

5. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется базовая программа ВРТ, криоконсервация эмбрионов и

перенос криоконсервированных эмбрионов.

6. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее – программа ЭКО).

7. Программа ЭКО состоит из проведения следующих этапов:

1) I этап – стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов;

2) II этап – получение яйцеклетки;

3) III этап – культивирование эмбрионов в программе ЭКО;

4) IV этап – перенос эмбрионов в полость матки (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

8. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

1) необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ;

2) сохранение фертильности онкологических больных перед химио- и лучевой терапией;

3) хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае «отложенного материнства»;

4) создание банка донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ.

9. При наличии показаний, предусмотренных вышеуказанным пунктом программа ЭКО дополняется следующим этапом: криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

10. Показаниями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

1) неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;

2) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ЭКО выше, чем при применении других методов;

3) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование (далее - ПГТ), независимо от статуса фертильности;

4) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности искусственной инсеминации);

5) ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

11. При выполнении программы ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае возникновения показаний, использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ, хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом.

13. В случае наличия ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов применение программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов происходит после устранения выявленных ограничений.

14. Отбор для лечения пациентов с бесплодием с использованием ВРТ осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии, не зависимо от форм собственности (государственные и негосударственные медицинские организации).

15. Решение о направлении пациентов в медицинскую организацию для выполнения услуги с использованием ВРТ за счет средств ОМС или отказе в направлении на ВРТ осуществляет комиссия Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной

медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия).

16. Лечение бесплодия с использованием ВРТ осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее – медицинская организация, осуществляющая ВРТ).

17. Проведение программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в медицинской организации, осуществляющей ВРТ, проводится в рамках первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии: с приказами Минздрава России:

1) от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»;

2) от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (до 31.12.2020);

3) от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (с 01.01.2021).

18. Направление пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, осуществляется лечащим врачом медицинской организации, по месту оказания медицинской помощи.

19. Лечащим врачом медицинской организации, наблюдающей пациента (далее – лечащий врач), предоставляется перечень медицинских организаций, осуществляющих ВРТ из числа участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Выбор медицинской организации для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется пациентами в соответствии с перечнем.

20. Для предоставления на Комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологии в рамках территориальной программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия) лечащий врач медицинской организации формирует пакет документов, включающий:

- 1) выписку из медицинской документации для направления на Комиссию по форме согласно приложению № 8 к настоящему приказу в двух экземплярах;
- 2) ходатайство о направлении на лечение (письмо о направлении документов на Комиссию), заверенное подписью руководителя и печатью медицинской организации;
- 3) заявление о предоставлении лечения по форме согласно приложению № 9 к настоящему приказу;
- 4) копию документа, удостоверяющего личность;
- 5) копию документа, подтверждающую регистрацию по месту жительства на территории Калининградской области;
- 6) копию документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);
- 7) копию полиса обязательного медицинского страхования пациентки в двух экземплярах;
- 8) информированное добровольное согласие пациентки и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных;

21. с 01.01.2021 информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий по форме согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

22. Медицинская организация направляет полный пакет документов

на Комиссию (консультативно-диагностическая поликлиника Государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – ГАУ КО «РПЦ») по адресу: г. Калининград, ул. Комсомольская, 36, телефоны 8 (4012) 21-43-10, 8 (4012) 21-47-11.

23. Комиссия на основании представленных медицинских документов принимает решение о направлении пациентки в медицинскую организацию для выполнения услуги с использованием ВРТ за счет средств ОМС или отказе в направлении на ВРТ.

24. Решение о предоставлении медицинской помощи с использованием ВРТ за счет средств ОМС или об отказе в ее предоставлении принимается Комиссией в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента поступления документов.

25. Решение Комиссии оформляется протоколом заседания комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Протокол заседания Комиссии) по форме согласно приложению № 10 к настоящему приказу.

26. Комиссия направляет Протокол заседания Комиссии в течение 5 рабочих дней со дня его подписания в медицинскую организацию по месту наблюдения пациентки.

27. Медицинская организация по месту наблюдения, представившая документы в Комиссию, обеспечивает выдачу Протокола заседания Комиссии пациентке в течение 5 рабочих дней со дня его получения.

28. Медицинская организация по месту наблюдения, представившая документы в Комиссию, в соответствии с Протоколом заседания Комиссии выдает пациентке направление на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, по форме согласно приложению № 11 к настоящему приказу и осуществляет контроль за выполнением объема и соблюдением сроков обследования и лечения.

29. Лечащий врач при направлении пациентки на лечение обеспечивает:

- 1) своевременную выдачу направления на лечение бесплодия с применением ВРТ по форме согласно приложению № 11 к настоящему приказу;
- 2) проведение медицинских осмотров и исследований, в том числе к дате лечения, согласованной с медицинской организацией, осуществляющей ВРТ;
- 3) контроль за обращением в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату;
- 4) в случае невозможности прибытия пациентки в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату своевременное информирование Комиссии с приложением заявления гражданина об изменении даты или об отказе от лечения.

30. Медицинская организация, осуществляющая ВРТ, определяет дату лечения и информирует пациентку, медицинскую организацию, направившую пациентку, Комиссию.

31. В случае неявки направленной пациентки в назначенную дату на лечение бесплодия с использованием ВРТ, представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, в течение 5 рабочих дней информирует о неявке пациентки:

- 1) секретаря Комиссии;
- 2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

32. Пациентка при обращении за лечением в назначенную дату представляет в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, следующие документы:

- 1) протокол заседания Комиссии или его копию;
- 2) выписку из медицинской документации для направления на Комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области по форме согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

- 3) направление на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 11 к настоящему приказу;
- 4) документ, удостоверяющий личность;
- 5) документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства на территории Калининградской области;
- 6) документ, удостоверяющий личность мужа (партнера);
- 7) полис ОМС;
- 8) информированное добровольное согласие пациентки и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных;
- 9) результаты дополнительных проведенных медицинских осмотров и исследований.

33. При обращении за лечением в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, оформляется информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий по форме согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (с 01.01.2021).

34. Лечение осуществляется в соответствии со стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ методом ЭКО, утвержденным приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий».

35. При обращении пациентки в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, в течение 2 рабочих дней информирует о явке пациентки:

- 1) секретаря Комиссии;
- 2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

36. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО и (или)

перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, направляет справку о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Справка) по форме, согласно приложению № 15 к настоящему приказу, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания программы ЭКО (перенос эмбриона в полость матки) и (или) изолированного переноса криоконсервированных эмбрионов (криопереноса):

- 1) секретарю Комиссии;
- 2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

37. На основании Справки осуществляется исключение из листа ожидания с указанием в электронной версии листа ожидания информации о факте лечения.

38. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО) пациентки могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ при условии соблюдения очередности.

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

40. С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, не допускается проведение более 2 попыток процедур ЭКО в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции.

41. При отсутствии положительного исхода лечебного цикла лечение включает перенос ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО.

Допускается не более двух переносов ранее криоконсервированных эмбрионов в течение одного календарного года с соблюдением порядка очередности.

Подготовка эндометрия к переносу эмбрионов в полость матки в таком случае осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих

лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология».

42. Поддержка лютеиновой фазы после эмбриопереноса осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология».

43. При выявлении ранних признаков синдрома гиперстимулированных яичников, тромбозмболических осложнений, признаков воспаления органов репродуктивной системы, кровотечения, ранения сосудов и соседних органов, тонкого эндометрия на фоне стимуляции овуляции (М-ЭХО при ультразвуковом исследовании на день переноса эмбриона 6 мм и менее) перенос эмбрионов не проводится.

В таком случае осуществляется криоконсервация эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется в качестве платной медицинской услуги.

44. При низком ответе яичников на стимуляцию гонадотропинами (4 и менее ооцита) предусмотрено проведение программы ЭКО+ИКСИ.

45. При получении избыточного числа эмбрионов может применяться криоконсервация эмбрионов.

46. Криоконсервация и хранение эмбрионов осуществляется по желанию пациента.

47. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов.

48. В случае наступления очередной менструации до 12-14 дня лютеиновой фазы определение уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче не целесообразно.

49. Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 дня после переноса эмбрионов.

50. В случае наступления беременности после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов диспансерное наблюдение беременной женщины осуществляется в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

51. Беременная женщина после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов наблюдается в группе высокого перинатального риска.

52. Родоразрешение беременной женщины после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется в ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр».

53. Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «03» ноября 2020 г. № 672

СОСТАВ КОМИССИИ

Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

Ф.И.О.	Должность
Берездовец Наталья Борисовна	- заместитель Министра здравоохранения Калининградской области, председатель комиссии
Хоменко Наталья Владимировна	- заместитель главного врача по организационно-методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области № 4», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Калининградской области, заместитель председателя комиссии
Сухорукова Олеся Игоревна	- заведующая консультативно-диагностической поликлиникой государственного автономного учреждения здравоохранения Калининградской области «Региональный перинатальный центр», главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Калининградской области, секретарь комиссии (по согласованию)
Члены Комиссии:	
Будина Ирина Владимировна	- заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области (по согласованию)
Гришкевич Ольга Анатольевна	- главный врач государственного автономного учреждения здравоохранения Калининградской области «Региональный перинатальный центр»

- Горбунов Александр Петрович - врач-акушер-гинеколог государственного автономного учреждения здравоохранения Калининградской области «Региональный перинатальный центр», главный внештатный специалист по охране репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения Калининградской области (по согласованию)
- Кейзер Александр Ростиславович, врач уролог-андролог государственного автономного учреждения здравоохранения Калининградской области «Региональный перинатальный центр»
- Мудрая Ирина Васильевна - заместитель главного врача по лечебной работе государственного автономного учреждения здравоохранения Калининградской области «Региональный перинатальный центр»,
- Пашов Александр Иванович - заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (по согласованию)
- Шеинская Ирина Михайловна - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Гурьевская центральная районная больница», главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Калининградской области
- Наумова Анна Михайловна - главный врач, врач акушер -гинеколог, репродуктолог ООО «Центр-Доктор» (Клиника репродуктивных технологий «ГЕНОМ») (по согласованию)
- Клименко Оксана Александровна - заместитель главного врача, врач акушер -гинеколог, репродуктолог ООО «Ай-Клиник- СЗ»
- Педченко Алексей Евгеньевич - врач-акушер-гинеколог, репродуктолог ООО «ЦЕНТР ЭКО» (по согласованию)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «03» ноября 2020 г. № 682

ПОЛОЖЕНИЕ О КОМИССИИ

Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

1. Комиссия Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия) работает в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области.

2. Общие положения:

1) Комиссия является постоянно действующим коллегиальным органом, созданным при Министерстве здравоохранения Калининградской области.

2) Комиссия в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации и Калининградской области.

3) организационно-техническое обеспечение деятельности Комиссии осуществляет Государственное автономное учреждение Калининградской области (далее – ГАУ КО «РПЦ»).

3. Задачей Комиссии является формирование и упорядочение потока пациентов, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи (далее – СМП) при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) в рамках территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области путем составления листов ожидания и осуществления контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи.

4. Функции Комиссии:

- 1) рассматривает документы граждан, желающих получить лечение в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента поступления документов;
- 2) принимает решение о направлении пациентов на лечение с использованием ВРТ или об отказе в таком направлении;
- 3) направляет пациентов на дополнительное обследование в медицинскую организацию, оформившую направление в Комиссию, при отсутствии данных лабораторных или иных исследований;
- 4) в течение 5 рабочих дней оформляет письменный отказ о проведении процедуры ВРТ и предоставляет его в направившую медицинскую организацию, в случае выявления противопоказаний или ограничений для лечения бесплодия с применением процедуры ВРТ;
- 5) составляет лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – лист ожидания) и осуществляет контроль соблюдения очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ.

В лист ожидания включаются пациенты, застрахованные по ОМС на территории Калининградской области.

Пациенты, застрахованные по ОМС вне Калининградской области, в лист ожидания не включаются.

Лист ожидания с указанием очередности и шифра пациента хранится в Комиссии.

Электронная версия листа ожидания с указанием очередности и шифра без персональных данных размещается на официальном сайте Министерства здравоохранения Калининградской области с целью возможности

беспрепятственного контроля за движением очереди;

6) ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, направивших пациентку и, осуществляющих ВРТ, о явке/неявке направленной пациентки в назначенную дату на лечение бесплодия с использованием ВРТ;

7) ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, о проведенных процедурах ВРТ и достигнутых результатах;

8) координирует взаимодействие медицинских организаций в целях предоставления необходимого лечения;

9) осуществляет мониторинг и анализ результативности оказания лечения в медицинских организациях, осуществляющих ВРТ;

10) ведет мониторинг течения беременности и исхода родов после проведения ВРТ методом ЭКО;

11) рассматривает сложные и конфликтные случаи, возникающие при лечении пациентов;

5. Состав и организация работы Комиссии:

1) Комиссия создается приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

Состав Комиссии, изменение ее состава и упразднение деятельности Комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

2) Работой Комиссии руководит председатель Комиссии.

3) Заседания Комиссии проводятся по мере поступления документов, но не реже одного раза в неделю (вторник в 12.00 в консультативно-диагностической поликлинике ГАУ КО «РПЦ»).

4) Решение Комиссии считается правомочным, если на заседании присутствуют не менее половины членов Комиссии.

Присутствие на заседании Комиссии иных лиц, кроме членов Комиссии, допускается с разрешения председателя Комиссии.

5) Председатель Комиссии:

- назначает дату, время и место проведения заседаний Комиссии;

- утверждает повестку заседания Комиссии;
- руководит заседанием Комиссии;
- подписывает Протоколы заседаний Комиссии;
- пользуется правами члена Комиссии наравне с другими членами Комиссии.

6) В случае отсутствия председателя Комиссии его полномочия осуществляет заместитель председателя Комиссии.

7) Члены Комиссии имеют право:

- участвовать в работе Комиссии;
- участвовать в обсуждении вопросов, включенных в повестку заседания Комиссии, вносить по ним предложения;
- знакомиться с документами и материалами по вопросам, вынесенным на обсуждение Комиссии, на стадии их подготовки, вносить свои предложения;
- в случае несогласия с принятым решением подготовить особое мнение по рассматриваемому вопросу в письменной форме, которое приобщается к соответствующему Протоколу заседания Комиссии.

8) Решение Комиссии определяется общим голосованием и принимается простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комиссии.

9) Каждый член Комиссии имеет один голос.

10) Решение Комиссии оформляется Протоколом заседания Комиссии по форме согласно приложению № 10 к настоящему приказу.

11) Протокол заседания Комиссии подписывается председателем Комиссии или его заместителем, председательствовавшим на заседании, и секретарем Комиссии.

12) Протокол заседания Комиссии составляется и подписывается в день проведения заседания.

13) Копия протокола заседания Комиссии хранится секретарем Комиссии.

14) Копии протоколов заседаний Комиссии и документы хранятся в течение 5 лет.

15) Секретарь Комиссии:

- принимает документы пациентов, желающих получить лечение, и регистрирует их в день получения в журнале по форме согласно приложению № 12 к настоящему приказу;
- включает в лист ожидания с указанием очередности и шифра, информация о шифре предоставляется пациентке;
- координирует деятельность членов Комиссии;
- готовит проект повестки заседаний Комиссии и представляет на утверждение председателю Комиссии;
- своевременно информирует членов Комиссии о дате, времени, месте и повестке заседаний Комиссии;
- совместно с членами Комиссии готовит информацию, документы, раздаточный материал к заседаниям Комиссии;
- ведет Протоколы заседаний Комиссии и представляет их на подпись председателю Комиссии или заместителю председателя Комиссии;
- направляет Протоколы заседаний комиссии в медицинские организации, представившие документы на Комиссию;
- осуществляет мониторинг своевременности прибытия пациентки для получения лечения ВРТ, переносов сроков лечения, отказов от лечения;
- информирует медицинские организации, направившие пациентку для получения лечения, о неявке для получения лечения в медицинскую организацию, проводящую ВРТ;
- ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, согласно приложению № 15 к настоящему приказу;
- осуществляет мониторинг результативности оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по форме согласно приложению № 16 к настоящему приказу;
- осуществляет мониторинг течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по форме согласно приложению № 17 к настоящему приказу;
- организует и ведет делопроизводство Комиссии.

16) Секретарь Комиссии в ходе заседания Комиссии выдает представителю медицинской организации, осуществляющей ВРТ:

- экземпляр выписки из медицинской документации для направления на Комиссию;
- копию полиса обязательного медицинского страхования направляемой пациентки;
- копию протокола заседания Комиссии.

П Р А В И Л А

организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

1. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области:

1) назначить в медицинской организации специалиста, ответственного за взаимодействие с Комиссией;

2) в течение 5 дней со дня издания настоящего приказа предоставить в Министерство здравоохранения Калининградской области сведения о специалисте, ответственном за взаимодействие с Комиссией, содержащие данные о должности, Ф.И.О., контактном телефоне и адресе электронной почты;

3) организовать специализированные кабинеты по невынашиванию беременности и бесплодию в женских консультациях г. Калининграда (выделить указанный прием в расписании в медицинской информационной системы (далее – МИС);

4) выделить часы приема по невынашиванию беременности и бесплодию в медицинских организациях 1 и 2 уровня (выделить указанный прием в расписании в МИС);

5) обеспечить контроль организации диспансерного учёта и наблюдения пациентов (супружеских пар), страдающих бесплодием, включая ведение картотеки и оформления медицинской документации (формы № 030/у, № 025/у);

6) обеспечить введение сведений каждого пациента в регистр пациентов с бесплодием и дальнейшее ведение регистра по форме согласно приложению № 12;

7) обеспечить проведение необходимого обследования пациентов, страдающих бесплодием;

8) при необходимости направлять пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи по поводу бесплодия,

на консультативный прием в консультативно-диагностическую поликлинику Государственного автономного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – ГАУ КО «РПЦ»);

9) обеспечить предоставление пациентам перечня медицинских организаций, осуществляющих ВРТ из числа участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

10) обеспечить направление полного пакета документов пациентов на Комиссию с целью принятия решения о направлении пациентки на лечение с использованием ВРТ или об отказе в таком направлении;

11) обеспечить мониторинг этапов оказания медицинской помощи каждой пациентки, получившей направление на лечение с использованием ВРТ, за проведением программы в негосударственных медицинских организациях;

12) осуществлять мониторинг пациенток, вставших на учёт по беременности, из числа пролеченных с использованием ВРТ;

13) обеспечить контроль ведения беременных женщин, пролеченных с использованием ВРТ, в группе высокого перинатального риска;

14) обеспечить проведение информационно-разъяснительной работы о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области;

15) разместить информацию о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на официальных сайтах медицинских организаций;

16) обеспечить предоставление главному внештатному специалисту по охране репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения Калининградской области А.П. Горбунову следующую информацию:

- ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, регистр пациентов с бесплодием по форме согласно приложению № 13;

- ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведения о диспансерной группе пациенток с бесплодием согласно приложению № 14;

- ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, мониторинг течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ за счет средств ОМС по форме согласно приложению № 17.

2. Главному внештатному специалисту по охране репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения Калининградской области А.П. Горбунову обеспечить:

1) ведение регистра пациентов с бесплодием по форме согласно приложению № 13;

2) сбор сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием по форме согласно приложению № 14, информацию направлять ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в министерство здравоохранения Калининградской области;

3) ведение мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ за счет средств ОМС по форме отчета согласно приложению № 17, информацию направлять ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, в министерство здравоохранения Калининградской области.

3. Главному врачу ГАУ КО «РПЦ» О.А. Грицкевич обеспечить:

1) работу специалистов ГАУ КО «РПЦ» в составе Комиссии согласно приложению № 5;

2) условия для деятельности Комиссии на базе консультативной поликлиники;

3) прием пациентов в консультативно-диагностической поликлинике для уточнения диагноза, проведения необходимого лечения, определения тактики оказания специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную;

4) мониторинг этапов оказания медицинской помощи каждой пациентки, получившей направление на лечение с использованием метода ЭКО, за проведением программы в негосударственных медицинских организациях;

1) мониторинг пациенток, вставших на учет по беременности, из числа пролеченных с использованием ВРТ.

4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, осуществляющих ВРТ:

1) обеспечить работу специалистов медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, в составе Комиссии согласно приложению № 5;

2) обеспечить оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 1, №2, № 3 и № 4;

3) ежемесячно до третьего числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию справку о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 15;

4) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию отчет по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 16;

5) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию отчет по мониторингу течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 17;

б) актуализировать информацию об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «05» ноября 2020 г. № 622
Форма

ВЫ П И С К А

из медицинской документации для направления на Комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

** Медицинские документы предоставляются на Комиссию медицинской организацией, наблюдающей пациентку*

_____ (полное наименование медицинской организации, направляющую пациентку)

Адрес учреждения: (полный адрес медицинской организации) _____

Телефон: (Указать телефон медицинской организации с кодом города)

E-mail: (Указать e-mail медицинской организации) _____

Ф.И.О. пациентки _____

Дата рождения пациентки _____

Место жительства: (указать место постоянной регистрации) _____

Контактный телефон: _____

Полис ОМС _____

Выписка пациентки ФИО, возраст направляется в Комиссию Калининградской области или медицинскую организацию (указать конкретно) для решения вопроса о проведении лечебного цикла ЭКО (ЭКО+ИКСИ) и ПЭ за счет средств (нужное указать)

1) ОМС

Жалобы: _____ (указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данной медицинской организации)

Аллергологический анамнез, включая информацию о гемотрансфузиях _____

Наследственный анамнез, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т.д. _____

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического и

хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при пазовой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

Менструальная функция _____

Семейный анамнез _____

Контрацепция: _____

Гинекологические заболевания и перенесенные операции: (перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

Год	Диагноз	Объем оперативного вмешательства

Репродуктивная функция: Беременностей • (всего), из них Р - , А - , В - (перечислить в хронологической последовательности)

Год	Беременность	Особенности течения

Данные обследования, дата анализа

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РИГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ (действителен 3 месяца)	отр.		
Сифилис	отр.	отр	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

При получении положительного результата необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение «Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет».

Консультация врача инфекциониста: дата консультации – носительство вируса гепатита С.

^Противопоказаний к программе ЭКО и вынашиванию беременности нет».

Группа крови резус фактор: дата анализа; чО (I) Rh (+) положительный» • пример.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
• базофилы		
• эозинофилы		
• миелоциты		
• метамиелоциты		
• палочкоядерные		
• сегментоядерные		
• лимфоциты		
• моноциты		

Общий анализ мочи: - дата анализа (действителен / месяц):

Уд. вес - Белок - Лейкоциты - Бактерии - ...в п/зр.

Биохимический анализ крови: дата анализа (действителен / месяц):

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
АСТ		
АЛТ		

Гемостазиограмма: дата анализа (действителен / месяц).

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		
Антитромбин III		

При выявлении нарушений показателей коагулограммы - показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: «Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет».

Гормональное обследование: дата анализа (действителен / год):

Гормоны на 2-3й день менстр. цикла:	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		

ЛГ		
Е2		
пролактин		
кортизол		
тестостерон		
ГТГ		
Т3		
Т4 св		
АМГ (обязательно!!!)		
Прогестерон на 21-23-й день текущего менструального цикла, дата анализа - ...		

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (действителен 1 год):

Инфекции	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18 типа	не обнаружена

Исследование сыворотки крови истодом ИФА: дата анализа (действителен 1 год):

Инфекции	IgM	Ig G, единицы измерения
ЦМВИ	отр.	
ВИГ 1 и 2 типа	отр.	
краснуха	отр.	
токсоплазмоз	отр.	

Мазок на флору дата анализа (действителен 1 месяц):

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

Кольпоскопия: дата анализа (действительно / год) - Патологии не выявлено.

Мазок на онкоцитологию: дата анализа (действителен 1 год) - Без особенностей.

Гистеросальпингография (действителен 1 год: дата анализа: Описание:.... Заключение: ...

УЗИ органов малого таза на 5-7 день менструального цикла: дата исследования (действительно 6 месяцев):

Описание:

Матка - положение, размеры, эхоструктура миометрия.

Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:

- наличие миоматозного узла любой локализации и размера, деформирующего полость матки;

- наличие миоматозного узла любой локализации размером более 3 см.

Эндометрий - размер, эхоструктура.

Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:

- наличие полипа эндометрия;
- хронический эндометрит, не леченный или в стадии обострения;
- синехии в полости матки.

ЭКГ: дата исследования (действительно 1 год):

Описание ритм синусовый Заключение: патологии не выявлено.

Консультация кардиолога (при выявлении патологии): дата осмотра:

Диагноз:..., Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

ФЛГ: дата исследования (действительна 1 год):

Заключение: патологии не выявлено.

Консультация терапевта (обязательна для всех пациенток!): дата осмотра (действительно 6 месяцев). Диагноз: Практически здорова. (При выявлении патологии указать диагноз: хр. пиелонефрит в стадии ремиссии, дискинезия желчевыводящих путей и т.д.).

Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ молочных желез (для пациенток до 35 лет): дата исследования (действительно 6 месяцев):

Описание... Заключение: Патологии не выявлено.

Маммография (для пациенток после 35 лет): дата исследования (действительно 1 год):

Описание Заключение: Патологии не выявлено.

Консультация маммолога (онколога) (по показаниям при выявлении патологических изменений по результатам УЗИ или маммографии): дата осмотра (действительно 1 год)

Диагноз: Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ щитовидной железы: дата исследования (действительно 6 месяцев):

Описание... Заключение: Патологии не выявлено.

Консультация эндокринолога (по показаниям, при выявлении патологических изменений со стороны эндокринной системы)*: дата осмотра (действительно 6 месяцев):

Диагноз:..., Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

Муж. ФИО. возраст. _____

Здоров, Брак - 1.2 ..., наличие детей (ДА/НЕТ) в данном или предыдущем браке.

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РИГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ (действителен 3 месяцев)	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

В отношении перенесенного сифилиса обследование по вышеизложенным рекомендациям.

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (действителен 6 месяцев):

Инфекция	результат
----------	-----------

<i>Ureaplasma urealyticum</i>	не обнаружена
<i>Chlamydia trachomatis</i>	не обнаружена
<i>Mycoplasma genitalium</i>	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18 типа	не обнаружена

Спермограмма (со строгой морфологией по Крюгеру при наличии технической возможности лаборатории (ВОЗ, 2010 г.)

Спермограмма	Дата анализа (действительно 6 месяцев):				
Параметры	Показатели	Норма ВОЗ	Параметры	Показатели	Норма ВОЗ
Воздержание		2-5 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		≥ 15 млн/мл
Время разжижения		< 60 мин	Кол-во сперматозоидов в эякуляте		≥ 30 млн/мл
Объем эякулята		2-4 мл	Подвижных (а+в)		≥ 32%
Вязкость		N	Из них: быстрых прогрессивных «а»		
Цвет		соро-молоч.	средних «в»		
РН		7,2-7,8	медленных «с»		
Агглютинация		нет	неподвижных		< 50%
Лейкоциты		< 1 млн/мл	Средняя прогрессивная скорость сперматозоидов «а»		
Спермоцитогарамма					
Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ ≥ 4%)			Сперматозоиды с патологической морфологией		
Сперматиды			1. головки		
			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		

Заключение: Нормозооспермия. Патозооспермия (подробно).

MAR-тест (по показаниям, в случае бесплодия неясного генеза) (действительно 6 месяцев)

Консультация уролога / уролога-андролога (по показаниям, при патоспермии): дата осмотра (действительно 6 месяцев)

Диагноз:.... Заключение: с указанием необходимого метода лечения ЭКО / ЭКО+ИКСИ.

Диагноз (пример!):

Бесплодие I (11), сочетанное: связанное с трубным фактором. / (Код по МКБ-10: N97.1) и мужским фактором бесплодия (олиго-астено-тератозооспермия, криптозооспермия.

криптозооспермия) / (Код по МКБ-10: N97.4 либо N46).

(В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания!)

(Пример!):

Миома матки (форма).

Состояние после консервативной миомэктомии, с / без вскрытия полости матки.

Состояние после резекции яичников, коагуляции яичников.

Состояние после удаления придатков матки справа / слева.

Экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени.

Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз.

Лечащий врач _____ Петрова П.П.
Заведующий отделением _____ Сидорова С.С.
Руководитель медицинской организации _____ Иванова И. И.

(Печать медицинской организации (синяя)

Дата « _____ » 202 _____ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «03» ноября 2020 г. № 682
Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лечения

бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий по программе экстракорпорального оплодотворения и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

Комиссия по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологии в рамках территориальной программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

(ФИО заявителя)

(паспортные данные заявителя)

(адрес места жительства заявителя)

(контактный телефон)

Заявление

Прошу оказать мне медицинскую помощь по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области.

Приложение:

копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;

- копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);
- выписка из медицинской документации, два экземпляра;
- копия полиса обязательного медицинского страхования, два экземпляра;
- информированное добровольное согласие на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов
- информированное добровольное согласие мужа (партнера) на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов
- Я информирована о показаниях для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, прошу оказать мне не предусмотренные при лечении бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, в качестве платной услуги:
- использование донорских яйцеклеток
 - использование донорской спермы;
 - биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики;
(необходимое подчеркнуть)
- другое _____
(вписать)

Прошу направить на лечение бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в медицинскую организацию

(наименование медицинской организации)

Обязуюсь:

явиться на лечение в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в дату, назначенную медицинской организацией, осуществляющей ВРТ;
информировать врача репродуктолога медицинской организации, осуществляющей ВРТ, и медицинскую организацию, направившую меня на лечение, о результате лечения.

Дата заполнения _____

Подпись заявителя _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «05» ноября 2020 г. № 682

Форма

ПРОТОКОЛ № _____
заседания комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

г. Калининград

« » 20 г.

Комиссия в составе:

Председатель/ заместитель председателя: _____

Члены комиссии: _____

Приглашенные: _____

Представлена пациентка (ФИО): _____

Адрес: _____

Заключение комиссии:

Направить на ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов

(указать учреждение здравоохранения, оказывающее ВРТ, предположительную дату вызова, контактные данные учреждения здравоохранения, оказывающего ВРТ)

Рекомендовать следующую программу ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов _____

Рекомендовать дополнительное обследование

Рекомендовать лечение

Отказать в направлении на ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов _____

(указать причину)

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «05» ноября 2020 г. № 682.

Форма

НА П Р А В Л Е Н И Е
для проведения программы экстракорпорального оплодотворения
и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования

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

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

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

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диагноза пациента по МКБ-10)

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

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

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

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12

к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области

от «03» ноября 2020 г. № 682

Форма

Ж У Р Н А Л

регистрации медицинских документов, направленных в Комиссию Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области

№ п/п	Полис ОМС	ФИО	Дата рождения	Домашний адрес (регистрация)	Телефон	Диагноз	Дата регистрации	Дата заседания Комиссии	Решение Комиссии	Медицинская организация, в которую направлена пациентка для проведения ВРТ	Сведения о проведении лечения	Примечание

*сведения, вносимые в журнал, включают персональные данные и врачебную тайну, в связи с чем подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «05» ноября 2020 г. № 682

Форма

СВЕДЕНИЯ
о диспансерной группе пациенток с бесплодием

Наименование медицинской организации _____
период _____
(указывается квартал/год)

Клинический диагноз, код МКБ	Количество пациентов
Женское бесплодие трубного происхождения, N97.1	
Женское бесплодие маточного происхождения, N97.2	
Женское бесплодие цервикального происхождения, N97.3	
Женское бесплодие, связанное с мужским фактором, N97.4	
Другие формы женского бесплодия, N97.8	
Женское бесплодие неуточненное, N97.9	
Женское бесплодие в сочетании с мужским, N97+N46	
Итого	
Количество пациенток, имеющих продолжительность обследования и лечения менее двух лет	
Количество пациенток, имеющих продолжительность обследования и лечения более двух лет	

Руководитель медицинской организации (ФИО) _____ (Подпись)

Дата _____

Печать медицинской организации

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15
к приказу Министерства здравоохранения
Калининградской области
от «03» ноября 2020 г. № 682

Форма

СПРАВКА
о выполнении медицинской организацией программы
экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса
криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной
программы обязательного медицинского страхования

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

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

(период проведения ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

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

(должность руководителя
медицинской организации)

(подпись)

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

М.П.

« » 20 _____ г.
(дата оформления)»

Форма

О Т Ч Е Т

по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий
за счет средств обязательного медицинского страхования

Наименование медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____

период _____
(указывается месяц/год)

№/№	ФИО пациента, поступившего на программу ВРТ	Дата вступления в программу ВРТ	Осложнения при проведении ВРТ (синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление, травма сосудов и соседних органов) недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции	Результат (беременность маточная, беременность внематочная, беременность многоплодная, беременность не наступила)

Количество пациентов, находящихся в лечебных циклах на данный момент _____

Руководитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____ (ФИО, подпись)
Дата _____ М.П. _____

