

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

02.07.2015

№ 416-ор

г. Красноярск

1. В соответствии с пунктами 3.17, 3.72 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п, установить, что организация направления граждан на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ осуществляется согласно приложению №1.

2. Определить состав комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (далее - Комиссия) согласно приложению № 2.

3. Установить, что деятельность комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ осуществляется согласно приложения № 3.

4. Руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения:

организовать работу по предварительному обследованию и учету пациентов с бесплодием (формирование диспансерной группы);

сформировать базу данных пациентов с бесплодием и организовать мониторинг лечения пациентов с бесплодием;

организовать отбор и направление граждан для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ в соответствии с настоящим приказом;

ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в комиссию по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ данные мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ согласно приложению № 6;

ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представлять сведения о диспансерной группе пациенток с бесплодием в консультативную поликлинику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» по электронной почте: [kkkc@pericentr.ru] согласно приложению № 7;

разместить в женской консультации (поликлинике) информацию для пациентов об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах с бесплодием, составляющих врачебную тайну, при их получении и обработке и передачи по защищенному электронному каналу связи VipNet в консультативную поликлинику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

5. Главному врачу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» А.В. Павлову:

обеспечить специализированный прием пациентов с бесплодием в консультативной поликлинике;

сформировать базу данных пациентов с бесплодием и организовать мониторинг лечения пациентов с бесплодием;

ежемесячно до 15 числа месяца, следующего за отчетным, представлять сведения по мониторингу течения беременности и исхода родов по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ по форме согласно приложению № 5;

ежегодно до 25 августа текущего года предоставлять сведения о диспансерной группе пациентов с бесплодием в министерство здравоохранения Красноярского края по форме согласно приложению № 7;

обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах с бесплодием, составляющих врачебную тайну, при их получении и обработке и передачи по защищенному электронному каналу связи VipNet;

обеспечить размещение в консультативной поликлинике информации для пациентов об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

обеспечить условия для деятельности Комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ на базе консультативной поликлиники.

5. Консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края Н.В. Хоменко:

осуществлять анализ результативности оказания гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием методов ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

совместно с отделом ведомственного контроля организовать контроль соблюдения порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при оказании гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием методов ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

определять потребность оказания гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием методов ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

6. Начальнику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой медицинский информационно-аналитический центр» С.А. Евминенко:

обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах с бесплодием, составляющих врачебную тайну, при их получении и обработке и передачи по защищенному электронному каналу связи VipNet в учреждениях здравоохранения края и консультативной поликлинике краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»;

разработать регистр пациентов с бесплодием для формирования базы данных;

организовать техническое сопровождение работы регистра пациентов с бесплодием.

7. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, оказывающих услуги с использованием ВРТ:

направить представителя для работы в комиссии по отбору пациентов к проведению ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

организовать оказание гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ в соответствии с приложением №1;

обеспечить исполнение обязательств в рамках Тарифного соглашения системы обязательного медицинского страхования;

обеспечить заполнение медицинской карты стационарного больного по форме согласно приложению № 8;

ежемесячно до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представлять в комиссию по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ отчет по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ по форме согласно приложению № 4;

обеспечить контроль за соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при оказании гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием методов ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

разместить информацию для пациентов об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

9. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 28.04.2014 № 264-орг.

10. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попова.

Министр здравоохранения
Красноярского края



В.Н. Янин

Согласовано

Начальник отдела организации
педиатрической и акушерско-
гинекологической помощи

Начальник отдела планирования объемов и
стандартизации медицинской помощи

Начальник юридического отдела

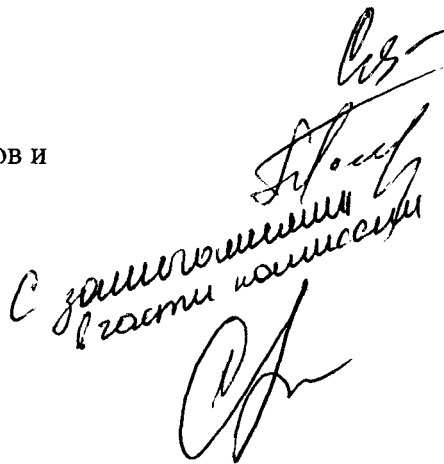
Подготовила

Хоменко Наталья Владимировна

Глинская Татьяна Геннадьевна

Хоменко

*С замещающим
главы комиссии*



Г.З. Слепнева

Т.Н. Голубева

Е.А. Толокина

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-Ор

**Организация оказания
гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом
ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

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

При лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ не осуществляется:

- использование донорских яйцеклеток и спермы;
- программа суррогатного материнства;
- биопсия яичка и придатка яичка;
- биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики;
- криоконсервация эмбрионов (за исключением возникновения осложнений: синдрома гиперстимуляции яичников и вызванных им осложнений (развитие напряженного асцита, гидроперикарда, экссудативного плеврита и др.), кровотечения, воспаления органов репродуктивной системы, ранения сосудов и соседних органов при аспирации фолликулов, тромбоэмболических осложнений; при выявлении тонкого эндометрия на фоне стимуляции овуляции (М-ЭХО при ультразвуковом исследовании на день переноса эмбриона 6 мм и менее);
- криоконсервация спермы или биоптата ткани яичка;
- внутриматочная инсеминация спермой мужа или донора;
- предварительное медицинское обследование.

При выявлении ранних признаков синдрома гиперстимулированных яичников, тромбоэмболических 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. Криоконсервация и хранение эмбрионов осуществляется на весь период лечения и реабилитации, но не более 3-х месяцев.

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

При получении избыточного числа эмбрионов в качестве платной медицинской услуги может применяться криоконсервация и хранение эмбрионов.

3. Лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ 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).

4. Направление граждан для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (далее – лечение) осуществляется комиссией по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (далее – Комиссия).

5. Отбор граждан для лечения осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии, не зависимо от форм собственности в соответствии Перечнем показаний и противопоказаний для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ согласно приложению № 1 к настоящему приложению.

Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3-6 месяцев.

6. Для направления гражданина на лечение медицинская организация, оказывающая гражданину медицинскую помощь в связи с бесплодием, представляет в Комиссию:

ходатайство о направлении гражданина на лечение, подписанное руководителем организации;

заявление гражданина о предоставлении ему лечения по форме согласно приложению № 2 к настоящему приложению;

копию документа, удостоверяющего личность гражданина;

копию документа, подтверждающую регистрацию гражданина по месту жительства на территории Красноярского края;

копию документа, удостоверяющего личность мужа (партнера) гражданина;

копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина в двух экземплярах;

информированное добровольное согласие гражданина и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных при лечении по форме согласно приложению № 3 к настоящему приложению;

выписку из медицинской карты амбулаторного больного гражданина по форме согласно приложению № 4 к настоящему приложению в двух экземплярах.

Прием документов осуществляется секретарем Комиссии по адресу: 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, 2а, телефон для справок - 8-953-585-48-02. Справки предоставляются: понедельник, среда - с 14.30 до 16.30, вторник, четверг - с 11.30 до 13.00.

7. Комиссия в течение 10 дней со дня получения документов, предусмотренных пунктом 6 настоящего приложения, рассматривает

их и принимает решение о направлении гражданина на лечение или об отказе в таком направлении.

Решение об отказе в направлении гражданина на лечение принимается в случае, если:

гражданин не является жителем Красноярского края (не имеет регистрации по месту жительства на территории Красноярского края);

у гражданина отсутствуют показания для лечения;

у гражданина имеются противопоказания для лечения;

гражданин имеет показания для получения высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета;

не представлено каких-либо из документов, указанных в пункте 6 настоящего приложения.

8. Решение Комиссии оформляется протоколом, который в течение 5 рабочих дней со дня его подписания направляется в медицинскую организацию, представившую документы в Комиссию. Медицинская организация выдает протокол заседания Комиссии гражданину в течение 5 рабочих дней со дня его получения.

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

экземпляр выписки из медицинской карты амбулаторного больного направляемого гражданина;

копию полиса обязательного медицинского страхования направляемого гражданина;

копию протокола решения Комиссии.

9. Врачебная комиссия медицинской организации, представившей документы гражданина в Комиссию, в соответствии с протоколом Комиссии выдает гражданину направление на лечение по форме согласно приложению № 5 к настоящему приложению и осуществляет контроль за объемом и соблюдением сроков обследования по форме согласно приложению № 6 к настоящему приложению.

При направлении гражданина на лечение врач акушер-гинеколог, наблюдавший гражданина, осуществляет:

своевременную выдачу гражданину протокола заседания Комиссии;

проведение медицинских осмотров и исследований гражданина согласно приложению № 6 к настоящему приложению, в том числе к дате лечения, согласованной пациентом с медицинской организацией, осуществляющей ВРТ;

контроль за обращением гражданина в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату;

в случае невозможности прибытия гражданина в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату своевременное информирование Комиссии с приложением заявления гражданина об изменении даты или об отказе от лечения.

10. Медицинская организация, осуществляющая ВРТ, определяет дату лечения и информирует гражданина.

В случае неявки направленного гражданина в назначенную дату, представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, в течение 45 рабочих дней информирует об этом секретаря Комиссии.

Секретарь Комиссии в течение 14 рабочих дней информирует медицинскую организацию, представившую документы в Комиссию, о неявке гражданина.

11. При обращении за лечением в назначенную дату гражданин представляет в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, следующие документы:

протокол заседания Комиссии или его копию;

направление на лечение согласно приложению № 5 к настоящему приложению;

выписку из медицинской карты амбулаторного больного согласно приложению № 4 к настоящему приложению;

документ, удостоверяющий личность гражданина,

документ, подтверждающий регистрацию гражданина по месту жительства на территории Красноярского края;

документ, удостоверяющий личность мужа (партнера);

полис обязательного медицинского страхования гражданина;

информированное добровольное согласие гражданина и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных при лечении по форме согласно приложению № 3 к настоящему приложению;

результаты проведенных медицинских осмотров и исследований гражданина.

При обращении за лечением в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, гражданин оформляет информированное добровольное согласие гражданина на лечение по форме согласно приложению № 7 к настоящему приложению.

12. Лечение осуществляется в соответствии с приложениями № 8, № 9 к настоящему приложению, не более двух программ со стимуляцией супреовуляции одной пациентке в течение одного календарного года и не более двух переносов ранее криоконсервированных эмбрионов в течение одного календарного года с соблюдением порядка очередности пациентов.

При отсутствии положительного исхода лечебного цикла лечение включает подготовку эндометрия к переносу эмбрионов в полость матки, перенос ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, и поддержку лютеиновой фазы.

14. В случае наступления беременности после проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ диспансерное наблюдение беременной женщины осуществляется в медицинской организации, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

15. В случае наступления беременности после проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ беременная женщина наблюдается с использованием программы «Пренатальный мониторинг» с использованием телекоммуникационных каналов и направляется на консультативный прием

в консультативную поликлинику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» для составления индивидуального плана совместного ведения беременности.

16. Родоразрешение беременной женщины, беременность которой наступила в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, осуществляется в медицинских организациях, определяемых врачебной комиссией консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

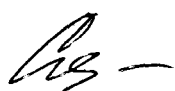
17. Не предусмотренные при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ услуги, в том числе: использование донорских яйцеклеток, использование донорской спермы (мужской фактор бесплодия с азооспермией или женское бесплодие при отсутствии партнера); биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики; криоконсервация спермы или биоптата ткани яичка проводятся по желанию пациентки за собственные финансовые средства в качестве платной медицинской услуги на основании заявления гражданина.

Заявление гражданина на предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ представляется гражданином в Комиссию при направлении пакета документов, либо на этапах лечения - в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ.

При использовании услуги донорской яйцеклетки в качестве платной услуги, как не предусмотренной при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает перенос эмбрионов в полость матки, поддержку лютеиновой фазы.

При использовании услуги донорской спермы в качестве платной услуги лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает стимуляцию суперовуляции, получения яйцеклетки, эмбриологический этап, перенос эмбрионов в полость матки, поддержку лютеиновой фазы.

Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи

 Г.З. Слепнева

Приложение № 1
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-сп

**Перечень показаний и противопоказаний
для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

1. Показания для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ:

1.1. Возраст женщины от 18 до 45 лет включительно.

1.2. Индекс массы тела женщины не менее 18 и не более 35.

1.3. Женское бесплодие трубного происхождения (МКБ X N97.1).

1.4. Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (МКБ X N97.0).

1.5. Женское бесплодие, связанное с изолированным мужским фактором (МКБ X N97.4): секреторное бесплодие с олигозооспермией, астенозооспермией, тератозооспермией и их сочетанием, азооспермия при хранении ранее криоконсервированного биоптата яичка с достаточным содержанием сперматозоидов.

1.6. Другие формы женского бесплодия (МКБ X N97.8: бесплодие обусловленное миомой матки и эндометриозом):

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

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

бесплодие, обусловленное наружным и внутренним эндометриозом.

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

1.7. Отсутствие бесплодия, обусловленного сочетанием женского бесплодия с мужским фактором (МКБ X N97+N46).

1.8. 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.

1.9. 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.

1.10. Отсутствие психических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и воспитанию ребенка.

1.11. Уровень ФСГ не более 12,0 МЕ/л, АМГ не ниже 1,0 нг/мл.

1.12. Отсутствие тяжелых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка.

1.13. Отсутствие 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.

1.14. Отсутствие острых воспалительных заболеваний репродуктивной системы и экстрагенитальных острых воспалительных заболеваний.

1.15. Отсутствие экскреторной формы мужского бесплодия (азооспермия, аспермия).

2. Противопоказания для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ:

| № | Наименование заболевания | Форма, стадии, степень, фаза заболевания | Код заболевания по МКБ-10* | Примечания |
|--|---|--|------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ | | | | |
| 1 | Туберкулез: | Все активные формы | A 15-A19 | |
| | а) туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически | - «- | A 15 A 15.0-A 15.9 | |
| | б) туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически и гистологически | -«- | A 16 A 16.1 A 16.2 A 16.6 | При явлениях легочно-сердечной недостаточности |
| в) туберкулез нервной системы | -«- | A 17 A 17.1-A 17.9 | | |

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|---|
| | г) туберкулез других органов и систем д) туберкулез костей и суставов е) туберкулез мочеполовых органов (у женщин) ж) туберкулез кишечника и брыжеечных лимфатических узлов | -«- -«- -«- -«- | A18 A18.0 A18.1 A18.3 | |
| | з) туберкулезный перикардит | Констриктивный перикардит | A 18.8 | С развитием сердечной недостаточности и при невозможности проведения адекватного оперативного лечения |
| 2 | Вирусный гепатит: Острые гепатиты А, В, С, D, G; Хронические гепатиты в фазе обострения (желтуха, высокие уровни индикаторных ферментов) | | B 15 – B 19 | |
| 3 | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) | В стадии: Инкубации (стадия 1); первичных проявлений (2А,2Б,2В); прогрессирования вторичных проявлений (4А,4Б,4В); терминальной (стадия 5) | B 20 – B 24 | При стадии 1, 2А, 2Б, 2В рекомендуется отложить использование вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) до перехода заболевания в субклиническую стадию. При стадии 4А, 4Б, 4В отложить использование ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительностью не менее 6 месяцев |
| 4 | Сифилис у мужчины или женщины | | A 50 – A 53 | Использование ВРТ возможно после излечения |

| Примечание. Острые воспалительные заболевания любой локализации у женщины являются противопоказанием к использованию ВРТ до их излечения. | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|---|
| НОВООБРАЗОВАНИЯ | | | | |
| 1 | Злокачественные новообразования любой локализации | | С 00 – С 97 | При наличии в анамнезе злокачественных новообразований вопрос о возможности использования ВРТ решается на основании заключения врача-онколога |
| 2 | Доброкачественные новообразования матки и/или яичников, требующие оперативного лечения | | Д 25 Д 26 Д 27 Д 28 | |
| БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ | | | | |
| 1 | Впервые диагностированные острые лейкозы | | С 91.0 С 92.0 С 92.4 С 92.5 С 93.0 С 94.0 | |
| 2 | Миелодиспластические синдромы | | Д 46 | |
| 3 | Лимфомы из группы высокого риска | | С 82 С 83 С 84 С 85 С 90 | |
| 4 | Лимфогранулематоз | | С 81 | |
| 5 | Хронический миелолейкоз: а) требующий лечения ингибиторами тирозинкиназ б) терминальная стадия заболевания | | С 92.1 | |
| 6 | Хронические миелопролиферативные заболевания | Бластный криз | Д 47 Д 47.1 С 92.7 С 93.1 С 94.1 | |
| 7 | Апластическая анемия | Тяжелая форма | Д 61 | |
| 8 | Гемолитические анемии: острые гемолитические кризы | Тяжелое рецидивирующее течение | Д 55 Д 58 Д 59 Д 56 | |
| 9 | Идиопатическая тромбоцитопеническая | Хроническое непрерывно | Д 69.3 | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | пурпура | рецидивирующее течение, рефрактерное к любым видам терапии | | |
| 10 | Острая атака порфирии, при продолжительности «светлого» периода после последней атаки менее 2 лет | | E 80 | |
| 11 | Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха) | Тяжелое рецидивирующее течение | D 69.8 | Поражение почек с развитием почечной недостаточности, легких и желудочно-кишечного тракта |
| 12 | Антифосфолипидный синдром | Тяжелое течение | D 68.3 | Наличие в анамнезе повторных нарушений мозгового кровообращения, при формировании клапанных пороков сердца, поражении почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью |
| БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ | | | | |
| 1 | Сахарный диабет с терминальной почечной недостаточностью на заместительной почечной терапии при невозможности трансплантации почки | | E 10.2 E 11.2 | |
| 2 | Сахарный диабет после трансплантации почки | | | |
| 3 | Сахарный диабет с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией | | E 10.3 E 11.3 E 12.3 E 13.3 E 14 | |
| 4 | Гиперпаратиреоз | Тяжелая форма с висцеральными и костными проявлениями | E 21 | |
| ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА | | | | |
| 1 | Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими болезненными | | F 03 F 04 F 06 F 07 | |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------|---|---|
| | проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов | | F 09 F 20 - F29 F 42 F 70 – F 79 F 99 | |
| 2 | Наследственные и дегенеративные психические расстройства | | F 70 F 84 | |
| 3 | Выраженные психогенные расстройства | | F 23 F 44 | |
| 4 | Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ | | F 10 – F 19 | |
| 5 | Расстройства настроения (аффективные расстройства) | | F 30 – F 39 | При стойких суицидальных установках и при риске суицидальных действий |
| БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ | | | | |
| 1 | Тяжелые инвалидизирующие некурабельные заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными, психическими расстройствами | | G 00 – G 13 G 20 - G 26 G 30 – 31 G 35 G 40 G 46 - G 47 G 54 G 70 - G 73 | |
| БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ | | | | |
| 1 | Ревматические пороки сердца: | | I 05-I 09 | |
| | а) сопровождающиеся недостаточностью кровообращения (НК) | 2Б, 3 степени | I 50 | |
| | б) сопровождающиеся высокой легочной гипертензией | | I 74 I 26 – I 27 | |
| | в) с тромбоэмболическими осложнениями в анамнезе, а также при наличии тромба в полостях сердца | | I 81-I 82 I 51.3 | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| 2 | <p>Кардиомиопатии:</p> <p>а) дилатационная кардиомиопатия</p> <p>б) рестриктивная кардиомиопатия</p> <p>в) гипертрофическая кардиомиопатия с выраженной обструкцией выводного тракта левого, правого или обоих желудочков</p> <p>г) гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выводного тракта левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма</p> | | <p>I 42.0</p> <p>I 42.5</p> <p>I 42.1</p> <p>I 42.2</p> | |
| 3 | Болезнь (синдром) Аэрза (Айерсы) (изолированный склероз легочных артерий с легочной гипертензией) | | I 27.0 | |
| 4 | <p>Состояние после перенесенных кардиохирургических вмешательств:</p> <p>а) после паллиативной (неполной) коррекции врожденного порока сердца (ВПС)</p> <p>б) после хирургической коррекции ВПС с остаточными признаками легочной гипертензии</p> <p>в) после хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом</p> <p>г) многоклапанное протезирование</p> | | <p>T 82</p> <p>T 88.8</p> <p>T 88.8</p> <p>T 82</p> | |
| 5 | Болезни сосудов: | | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | а) заболевания аорты и ее ветвей: - аневризма аорты в любом отделе (грудном, брюшном), в том числе после реконструктивных операций - шунтирования, протезирования - аневризмы магистральных артерий (мозговых, почечных, подвздошных, селезеночной и др.), в том числе после хирургического лечения | | I 71 I 72.1 I 72.2 I 72.3 I 72.8 I 72.9 | |
| | б) тромбозмболическая болезнь и тромбозмболические осложнения (системные эмболии артерий головного мозга, рук, ног, почек, мезентериальных сосудов, а также ветвей легочной артерии) | | I 74 I 82 I 26 I 63.6 I 74.2 I 74.3 I 74.8 | |
| 6 | Гипертоническая болезнь: | II В-III стадий при отсутствии эффекта от терапии | I 10 – I 13 | |
| БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ | | | | |
| В случае развития тяжелой дыхательной недостаточности, независимо от характера первичной легочной патологии и/или легочной гипертензии | | | | |
| БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ | | | | |
| 1 | Печеночная недостаточность независимо от первичного заболевания печени | | K 72.0 K 72.1 K 72.9 | |
| 2 | Цирроз печени при наличии портальной гипертензии с риском кровотечения из вен пищевода, наличии печеночной недостаточности | | K 70.3 K 71.7 K 74.3 – K 74.6 | |
| 3 | Острая жировая дистрофия печени | | K 76.0 | |
| 4 | Болезнь Крона, осложненная стенозом, свищами, нарушениями всасывания и кровотечениями | | K 50 | |
| 5 | Неспецифический язвенный колит, осложненный токсической дилатацией | | K 51.0 | |

| | | | | |
|---|--|--|------------------------|---|
| | толстой кишки, профузными поносами, массивными кишечными кровотечениями | | | |
| 6 | Целиакия с нарушениями всасывания в тонкой кишке | | К 90.0 | Диагноз должен быть подтвержден гистологическим исследованием тонкой (двенадцатиперст- ной) кишки и иммунологическими тестами с определением антител к глиадину и тканевой транслугтамазе |
| 7 | Грыжа брюшной стенки | | К 43.0 | Значительных размеров с расхождением брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции |
| 8 | Спаечная болезнь кишечника с приступами кишечной непроходимости | | К 56.5 | |
| 9 | Кишечные свищи | | К 63.2 | При невозможности хирургического лечения |
| БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ | | | | |
| 1 | Острый гломерулонефрит | | N 00 N 01 | |
| 2 | Любая форма хронического гломерулонефрита | В стадии обострения | N 03 | |
| 3 | Хроническая почечная недостаточность любой этиологии | | N 18 N 18.9 N 19 | Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл); |
| БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД | | | | |
| 1 | Пузырный занос, в том числе перенесенный ранее (не менее двух лет) | | O 01 | |
| 2 | Хорионэпителиома | | C 58 | |
| БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ | | | | |
| 1 | Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем | Быстро прогрессирующее течение с | M 05.3 M 06.8 | |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|
| | | неконтролируемой высокой активностью | | |
| 2 | Узелковый полиартериит | Тяжелое течение | M30.0 | Полиорганные поражения со злокачественной гипертензией |
| 3 | Полиартериит с поражением легких (Черджа-Стросса) | Тяжелое течение | M 30.1 | Поражение легких с кровохарканьем и дыхательной недостаточностью |
| 4 | Гранулематоз Вегенера | Тяжелое течение | M 31.3 | Поражение легких и почек с признаками их недостаточности |
| 5 | Синдром дуги аорты (Такаясу) (неспецифический аортоартериит) | Тяжелое течение | M 31.4 | Поражение аортальных клапанов сердца с симптомами недостаточности кровообращения |
| 6 | Системная красная волчанка | Острое и хроническое течение с частыми обострениями заболевания | M 32.1 | Поражение почек (нефрит с нефротическим синдромом), центральной нервной системы (рецидивирующий эписиндром), сердца с формированием клапанных пороков, легких и симптомами нарушения функций этих органов |
| 7 | Дермато (поли) миозит | Тяжелое течение, требующее длительной терапии высокими дозами глюкокортикоидов | M 33.1 M 33.2 | Поражение сердца с нарушениями ритма и симптомами недостаточности кровообращения |
| 8 | Прогрессирующий системный склероз (системная склеродермия) | Острое и хроническое течение с высокой активностью процесса | M 34.0 | Поражение почек, легких, сердца с нарушением их функции |
| 9 | Сухой синдром (Шегрена) | Тяжелое течение | M 35.0 | Поражение легких, почек, с признаками недостаточности их функций |
| ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ | | | | |
| 1 | Врожденные аномалии (пороки) матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов | | Q 51.0 Q 51.5 Q 51.7 Q 52.0 | Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | или вынашивание беременности | | Q 52.2 | консилиумом врачей |
| 2 | Врожденные пороки сердца: | | | |
| | а) с наличием патологического сброса крови (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток): - сопровождающиеся НК -сопровождающиеся легочной гипертензией -осложненные бактериальным эндокардитом | НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу) | Q 20 Q 21.0 Q 21.1 Q 25.0 I 50 I 26-I 27 I 33 | |
| | б) пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка (стеноз аорты, коарктация аорты) или из правого желудочка (стеноз легочной артерии): - сопровождающиеся НК - при наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии) | НК 2А степени и более | Q 25.3 Q 25.4 Q25.1 Q25.6 I 50 | |
| | в) врожденные аномалии атриовентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией 3-4 степени и сложными нарушениями ритма | | Q 23 | |
| | г) Тетрада Фалло | | Q 21.3 | Некорригированная, после паллиативных операций |
| | д) Пентада Фалло | | Q 21.8 | Некорригированная, после паллиативных операций |
| | е) Аномалия Эбштейна | | Q 22.5 | Некорригированная |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | ж) сложные врожденные пороки сердца (транспозиция магистральных сосудов, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атриовентрикулярных или полулунных клапанов) | | Q 20.0 Q 20.3 Q 20.8 – Q 20.9 Q 22.0 Q 22.8 Q 23.9 Q 25.0 Q 25.2 Q 25.5 Q25.8 – Q 25.9 | |
| | з) синдром Эйзенменгера | | Q 21.8 | |
| | и) синдром Лютембаше | | Q 21.1 | |
| 3 | Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе | | Q 60 | |
| 4 | Экстрофия мочевого пузыря | | Q 64.1 | |
| 5 | Врожденный множественный артрогрипоз | | Q 74.3 | |
| 6 | Дистрофическая дисплазия костей и позвоночника | | Q 77.5 | |
| 7 | Врожденная ломкость костей (незавершенный остеогенез) | | Q 78.0 | |
| 8 | Врожденное отсутствие конечностей | | Q 73.0 | |
| 9 | Краниосиностоз | | Q 75.0 | |
| ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН | | | | |
| 1 | Травмы матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности | | S 37.6 | Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей |

Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи



Г.З. Слепнева

Приложение № 2
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-сп

**Форма заявления гражданина о предоставлении ему лечения
бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

Министру здравоохранения
Красноярского края
В.Н. Янину

(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 методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос ранее криоконсервированных эмбрионов за счет средств Территориального фонда обязательного страхования Красноярского края.

Приложение:

- копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
- копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, 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 ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ
- информированное добровольное согласие мужа (партнера) на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ
- Я информирована о показаниях для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, прошу оказать мне не предусмотренные при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ услуги, в качестве платной услуги:

использование донорских яйцеклеток

использование донорской спермы;

биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики;

необходимое подчеркнуть

другое _____

вписать

Обязуюсь явиться на лечение в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в дату, назначенную медицинской организацией, осуществляющей ВРТ.

Дата заполнения _____

Подпись заявителя _____

Приложение № 3
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2013 № 416-072

**Форма информированного добровольного согласия гражданина
на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи
по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

В Комиссию по отбору граждан
для лечения бесплодия с
использованием ВРТ методом
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

**ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку
персональных данных**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие

(учреждение здравоохранения)

и Комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием
ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ на обработку и использование данных,
содержащихся в настоящем заявлении, с целью проведения ВРТ методом
ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос ранее криоконсервированных эмбрионов

1. Дата рождения

(число, месяц, год)

2. Пол

(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации _____

(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена)
(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате вызова на лечение и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).
(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял _____

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Приложение № 4
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 04.07.2015 № 416-сп/2

**Выписка из медицинской карты амбулаторного больного гражданина
при направлении на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

Наименование учреждения здравоохранения:

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Серия _____ № паспорта _____

Адрес (с почтовым индексом) _____

Телефон _____

Полис ОМС _____

Адрес эл. почты _____

Диагноз : (подробный по МКБ) _____ Шифр МКБ

Жалобы: *(отсутствие беременности в течение двух лет регулярной половой жизни и т.д.)*

Индекс масса тела _____

Аллергологический анамнез: _____

Гемотрансфузии: _____

Наследственный анамнез: _____

Lues, туберкулез, гепатиты отрицает.

Перенесенные заболевания: _____

Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни: _____

Перенесенные женские заболевания при половой жизни: _____

Менструальная функция: _____

Половая функция: _____

Предохраняет ли себя от беременности: _____

Репродуктивная функция: А-, Р-, В-

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

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Гистеросальпингография дата *(протокол операции)*:

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

Попытка ЭКО и ПЭ - дата проведения (с техникой ИКСИ – интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку).

Данные обследования

1.

| Инфекция | дата анализа | дата анализа |
|-----------|--------------|--------------|
| | ИФА | РПГА |
| Сифилис | | |
| ВИЧ | | |
| Гепатит В | | |
| Гепатит С | | |

ВНИМАНИЕ!!! Обследование на сифилис производится в соответствие с приказом МЗ РФ от 27.04.2006 – №181 26.03.2001 г. № 87 «О совершенствовании серодиагностики сифилиса» Пациентки, которые в анамнезе перенесли Lues, могут получить положительный результат методом ИФА.

При получении положительного результата методом ИФА **необходимо провести исследование методом РПГА и направить на консультацию в кожно-венерологический диспансер по месту жительства для заключения!!!**

2. Группа крови резус фактор – дата анализа

3. Клинический анализ крови – дата анализа

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

| | | |
|------------|--|--|
| • моноциты | | |
|------------|--|--|

4. Общий анализ мочи - дата анализа

5. Биохимический анализ крови - дата анализа

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

6. Коагулограмма - дата анализа

| Показатель | значение | норма, единицы измерения |
|-----------------------|----------|--------------------------|
| МНО | | |
| протромбиновый индекс | | |
| АЧТВ | | |
| Фибриноген | | |
| тромбиновое время | | |
| Антитромбин III | | |

Заключение:

При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: *проведение программы ЭКО и ПЭ, беременность и гормональная терапия не противопоказаны.*

7. Гормональное обследование: дата анализа

| Гормоны | показатели | норма, единицы измерения |
|-----------|------------|--------------------------|
| ФСГ | | |
| ЛГ | | |
| Е2 | | |
| пролактин | | |

| | | |
|-------------|--|--|
| тестостерон | | |
| T4 | | |
| ТТГ | | |
| АМГ | | |

8. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

| Инфекции | Результат |
|------------------------|-----------|
| Ureaplasma urealyticum | |
| Chlamydia trachomatis | |
| Mycoplasma genitalium | |
| ВПЧ 16 и 18 типа | |

9. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа

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

10. Мазок на флору – дата анализа

| | U | C |
|-----------------|---|---|
| Лейкоциты | | |
| Пл. эпителий | | |
| Гонококки нейс. | | |
| Трихомонады | | |
| Флора | | |

11. Кольпоскопия дата исследования *(результат описать)*.

Мазок на онкоцитологию – дата анализа *(результат описать)*.

12. УЗИ органов малого таза: на 5-7 дни цикла: - дата исследования *(результат описать)*

13. ЭКГ дата исследования *(результат описать)*.

14. ФЛГ дата исследования *(результат описать)*

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

16. УЗИ молочных желез - дата исследования *(результат описать)*. При наличии патологии молочных желез – заключение маммолога.

17. УЗИ щитовидной железы - дата исследования *(результат описать)*

18. УЗИ органов брюшной полости и почек – дата исследования *(результат описать)*

19. Консультация эндокринолога – дата (заключение об отсутствии противопоказания для ЭКО и ПЭ и назначения гормональных препаратов)

20. Консультация генетика – дата (результат консультации)

21. При наличии экстрагенитального заболевания консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности и назначения гормональных препаратов (с указанием кода МКБ X).

22. Заключение нарколога и психиатра по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

Муж: Ф.И.О., дата рождения

1.

| Инфекция | дата анализа | дата анализа |
|-----------|--------------|--------------|
| | ИФА | РПГА |
| Сифилис | | |
| ВИЧ | | |
| Гепатит В | | |
| Гепатит С | | |

2.

| Спермограмма Дата: анализа | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|--|-------------|
| Параметры | | Норма ВОЗ | Параметры | | Норма ВОЗ |
| Воздержание | | 3-7 дней | Кол-во сперматозоидов в 1 мл | | ≥ 15 млн/мл |
| Время разжижения | | < 60 мин | Кол-во сперматозоидов в эякуляте | | ≥ 39 млн |
| Объем эякулята | | ≥ 1,5 мл | Подвижных из них: | | ≥ 40% |
| Вязкость | | N | с прогрессивным движением | | ≥ 32 % |
| Цвет | | серо-молоч. | прогрессивно-слабоподвижные | | |
| РН | | 7,2-7,8 | непрогрессивно-подвижные | | |
| Агглютинация | | нет | Неподвижные | | |
| Лейкоциты | | < 1 млн/мл, до 3-5 в поле зрения | | | |
| Спермоцитогарма | | | | | |
| Сперматозоиды в нормальной морфологией | | | Сперматозоиды с патологической морфологией | | |
| | | | 1. головки | | |
| сперматиды | | | 2. шейки | | |
| Особенности: | | | 3. хвоста | | |
| | | | 4. смешанного типа | | |
| МАР-тест, | | | | | |
| Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов | | | | | |

Заключение: нормозооспермия и т.д.

3. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

| Инфекции | Результат |
|------------------------|-----------|
| Ureaplasma urealyticum | |
| Chlamydia trachomatis | |
| Mycoplasma genitalium | |
| ВПЧ 16 и 18 типа | |

4. УЗИ предстательной железы и мошонки – дата исследования (*результат описать*).

5. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

| Инфекции | Ig M | IgG, единицы измерения |
|----------|------|------------------------|
| хламидии | | |

6. Микроскопическое исследование отделяемого половых органов.

7. Заключение уролога-андролога

Заключение:

Лечащий врач (ФИО/подпись) _____

Заведующий отделением (ФИО/подпись) _____

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись)

или Главный врач (ФИО/подпись) _____

Заключение ВК № _____ дата _____

Пациент (ФИО) нуждается в направлении на ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ переносе ранее криоконсервированных эмбрионов за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.

Члены ВК

Печать лечебного учреждения

Дата « _____ » _____ 20 г.

Приложение № 5
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-0/п2

**Форма направления на оказание медицинской помощи по лечению
бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

**Направление на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия
с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

от « » 20 г.

№

| | | |
|---|-----------------|--------------------|
| _____ | | |
| (Ф.И.О. направляемого гражданина) | | |
| _____ | _____ | _____ лет |
| (шифр пациента) | (дата рождения) | (возраст пациента) |
| _____ | | |
| (документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)) | | |
| _____ | _____ | |
| (СМО, № полиса ОМС) | (СНИЛС) | |
| _____ | | |
| (адрес регистрации по месту жительства) | | |
| _____ | | |
| (код диагноза по МКБ) | | |
| _____ | | |
| (наименование медицинской организаций, оказывающих услуги с использованием ВРТ) | | |
| _____ | | |
| (наименование учреждения здравоохранения, выдавшего направления) | | |
| _____ | | |
| (адрес, тел., факс, адрес эл. почты) | | |

Члены врачебной комиссии: ФИО и подпись

Заведующий женской консультацией (поликлиникой): ФИО и подпись

Печать лечебного учреждения

Дата « _____ » _____ 20 г.

Приложение № 6
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-012

**Перечень обследования гражданина при направлении на оказание
медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом
ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

1. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3-6 месяцев.

2. При подготовке к ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ мужчине и женщине проводится обследование.

3. Обязательный перечень обследования женщины.

3.1. Общий гинекологический осмотр.

3.2. Ультразвуковое исследование органов малого таза (3-7 день менструального цикла) (срок действия не более одного месяца).

3.3. Оценка состояния органов малого таза путём гистероскопии, гистеросальпингографии, лапароскопии, контрастной эхогистеросальпингоскопии, биопсии эндометрия на 7-11 день менструального цикла.

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 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.

3.4. Кольпоскопия (срок действия не более шести месяцев).

3.5. Ультразвуковое исследование молочных желез (срок действия не более шести месяцев).

Проводится маммография женщинам старше 35 лет и при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия не более одного года). При наличии признаков патологии молочных желез – заключение маммолога.

3.6. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок действия не более шести месяцев).

3.7. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (срок действия не более шести месяцев).

3.8. Анализ крови на ФСГ, АМГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, тестостерон, ТТГ (в 1 фазу цикла), св. Т4, (срок действия не более шести месяцев).

3.9. Исследование на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища (срок действия не более 10 дней).

3.10. Цитологическое исследование мазков шейки матки (срок действия не более шести месяцев).

3.11. Исследование на наличие урогенитальных инфекций, (хламидии, уреаплазму, микоплазму, ВПЧ 16/18 типов) методом полимеразноцепной реакции (срок действия не более трех месяцев).

3.12. Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на определение антител IgG и IgM к вирусу простого герпеса типов 1 и 2, цитомегаловирусу, краснухи, токсоплазмозу, хламидиям (срок действия не более одного года).

3.14. Анализы крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более трех месяцев).

3.15. Определение группы крови и резус-фактора.

3.16. Клинический анализ крови, общий анализ мочи (срок действия не более 10 дней).

3.17. Биохимический анализ крови (срок действия не более трех месяцев).

3.18. Коагулограмма или гемостазиограмма (срок действия не более трех месяцев).

3.19. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (с учетом заключений врачей-специалистов по показаниям) (срок действия не более шести месяцев).

3.20. Флюорография органов грудной клетки (срок действия не более одного года).

3.21. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия не более шести месяцев).

3.22. Заключение эндокринолога (при наличии патологии срок действия не более шести месяцев).

3.23. Заключение генетика имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам старше 35-и лет, мужчинам при наличии мужского бесплодия.

3.24. Заключение наркологического, психоневрологического диспансеров по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (срок действия не более одного года).

4. Перечень обследования для мужчины:

4.1. Спермограмма (срок действия не более трех месяцев).

4.2. Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более трех месяцев).

4.3. Определение группы крови и резус-фактора.

4.4. Ультразвуковое исследование предстательной железы и мошонки, (срок действия не более шести месяцев).

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

4.5. Исследование на наличие урогенитальных инфекций (хламидии, уреаплазму, микоплазму, ВПЧ 16/18 типов) полимеразноцепной реакции (срок действия не более трех месяцев).

4.6. Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на определение антител IgG и IgM к хламидиям (срок действия не более шести месяцев).

4.7. Микроскопическое исследование отделяемого половых органов.

5. При проведении переноса ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ 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.

Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи



Г.З. Слепнева

Приложение № 7
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2016 № 416-сп

**Форма информированного добровольного согласия
на применение вспомогательных репродуктивных технологий
методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

Я (Мы), _____

(Ф.И.О., год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия методом:

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО/ЭКО+ИКСИ)

с использованием:

- нативной / ранее криоконсервированной спермы
 криоконсервированных/нативных эмбрионов
 ранее криоконсервированного биоптата яичка
 донорских яйцеклеток в качестве платной услуги
 донорской спермы в качестве платной услуги

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ и известно, что:

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуется изменить план или способ лечения;
- лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие, как показание к применению, или указывает беременность, как противопоказание к применению. Мне (нам)

понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я

даю (ем) согласие

не даю (ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО/ЭКО+ИКСИ прошу (просим):

криоконсервировать

утилизировать

Заявляю (ем), что изложила (и) врачу все известные нам данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье (ях).

Я (Мы) предупреждена(ы) о том, что лечение методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение сосудов и соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем). Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться. Я (Мы) подтверждаю (ем), что внимательно прочла (и) и поняла (и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила (и) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи (ФИО) _____

Подпись врача (ФИО) _____

Дата _____

Приложение № 8
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-С/П

Порядок оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

Оказание медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ осуществляется на основе обоюдного информированного добровольного согласия мужчины и женщины.

Этапы проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

1. Стимуляция суперовуляции с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропин-рилизинг гормонов, гонадотропинов, менотропинов, аналогов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормонов, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции.

2. Пункция фолликулов яичника трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения яйцеклеток с обезболиванием, метод обезболивания определяется врачом анестезиологом-реаниматологом при условии получения информированного добровольного согласия пациентки.

При выявлении ранних признаков синдрома гиперстимулированных яичников и вызванные им осложнения (развитие напряженного асцита, гидроперикарда, экссудативного плеврита и др.), признаков воспаления органов репродуктивной системы, ранении сосудов и соседних органов при аспирации фолликулов, тромбоэмболических осложнений, при выявлении недостаточной пролиферации эндометрия на фоне стимуляции овуляции (М-ЭХО при ультразвуковом исследовании на день переноса эмбриона 6 мм. и менее) перенос эмбрионов не проводится.

Криоконсервация и хранение эмбрионов осуществляется на весь период лечения и реабилитации, но не более 3-х месяцев за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края.

3. Инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа/партнера (нативной или ранее криоконсервированной) проводится при критериях спермограммы: 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.

Инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита проводится:

при показателях спермограммы: количество прогрессивно подвижных сперматозоидов 5 млн. и менее в 1 мл эякулята; доля нормальных форм сперматозоидов 4% и менее, МАР-тест более 50%

при малом количестве ооцитов (4 и менее), полученных при аспирации фолликулов;

при отсутствии или низком проценте оплодотворения (менее 20%) ооцитов в предыдущем цикле ЭКО;

при использовании ранее криоконсервированного биоптата яичка.

4. Культивирование эмбрионов.

5. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (в полость матки следует переносить не более 2 эмбрионов). Решение о переносе 3 эмбрионов принимается пациенткой посредством дачи информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске невынашивания беременности, низкой выживаемости и высоком риске инвалидности среди недоношенных детей.

6. Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении лишних половых клеток (эмбрионов) принимает лицо, которому принадлежат данные половые клетки (эмбрионы), с оформлением письменного согласия и договора о донорстве и криоконсервации с указанием срока их хранения.

7. При отсутствии осложнений при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ криоконсервация избыточного числа эмбрионов и их хранение по желанию пациентки проводится за собственные финансовые средства в качестве платной медицинской услуги.

8. При наличии криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, и отсутствии положительного исхода, перенос криоконсервированных эмбрионов осуществляется после предварительной подготовки эндометрия.

При использовании услуги донорской яйцеклетки в качестве платной услуги, как не предусмотренной при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает перенос эмбрионов в полость матки, поддержку лютеиновой фазы.

При использовании услуги донорской спермы в качестве платной услуги лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает стимуляцию суперовуляции, получения яйцеклетки, эмбриологический этап, перенос эмбрионов в полость матки, поддержку лютеиновой фазы.

9. Поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла проводится лекарственными препаратами фармакотерапевтических групп производных прегнена и прегнадиена в соответствии с инструкцией по применению (микронизированный прогестерон в дозе 600-800 мг в сутки и вагинальный гель в дозе 90 мг) в течение 14 дней.

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

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

Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 дня после переноса эмбрионов.

Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи



Г.З. Слепнева

Приложение № 9
к приложению № 1
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-сп2

Модели медицинских услуг при оказании медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) со стимуляцией суперовуляции по длинному протоколу с применением агонистов

Код услуги: С 242.21.21.002

Средние сроки лечения (количество дней): 41

Возрастная группа: от 18 и старше

Условия оказания помощи: Амбулаторно

Этап оказания помощи: Дневной стационар

Условия пребывания на этапе: Городской

Должности специалистов

| Наименование должностей специалистов | Применяемость |
|--------------------------------------|---------------|
| Врач - акушер гинеколог | 1 |
| Медицинская сестра | 1 |

Диагноз по МКБ X

| Код по МКБ X | Нозологические единицы |
|--------------|---|
| N97.1 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ |
| N97.4 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С МУЖСКИМИ ФАКТОРАМИ |
| N97.0 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ОВУЛЯЦИИ |
| N97.8 | ДРУГИЕ ФОРМЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ |

Состав медицинской услуги

| Наименование услуги | Код | Частота предоставления | Среднее количество |
|--|---------------------|------------------------|--------------------|
| Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | A 04.20.001.001 | 1 | 12 |
| Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови | A 09.05.090 | 0,8 | 1 |
| Исследование уровня эстрадиола в крови (хемилюминесценция) | A 09.05.154.000.321 | 0,5 | 1 |
| Тест "смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов" | A 09.21.002 | 0,4 | 1 |
| Индукция суперовуляции по длинному протоколу с агонистами | A 11.20.017.000.025 | 1 | 21 |
| Культирование ооцитов перед экстракорпоральным оплодотворением | A 11.20.017.000.028 | 0,5 | 1 |
| Обработка ооцитов перед инъекцией сперматозоида | A 11.20.017.000.029 | 0,5 | 1 |

| | | | |
|--|---------------------|------|----|
| Перенос эмбриона в полость матки | A 11.20.017.000.030 | 0,9 | 1 |
| Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов | A 11.20.027 | 0,5 | 1 |
| Культивирование эмбрионов | A 11.20.028 | 1 | 1 |
| Обработка спермы для оплодотворения | A 11.20.017.000.033 | 1 | 1 |
| Тест на фрагментацию ДНК сперматозоидов | A 11.20.017.000.035 | 0,4 | 1 |
| Исследование образца спермы - спермограмма | A 11.20.017.000.036 | 0,4 | 1 |
| Получение яйцеклетки | A 11.20.018 | 1 | 1 |
| Сбор образца спермы для исследования | A 11.21.001 | 0,4 | 1 |
| Введение сперматозоида в ооцит | A 11.30.012 | 0,5 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | B 01.001.001 | 1 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный | B 01.001.002 | 1 | 11 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный | B 01.003.001 | 1 | 1 |
| Криоконсервация эмбрионов | A 11.20.031 | 0,2 | 1 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный | B 01.003.002 | 1 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный | B 01.047.002 | 0,2 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный | B 01.053.002 | 0,05 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный | B 01.058.002 | 0,1 | 1 |

Медикаментозное обеспечение

| Международное наименование | Форма выпуска | Единица | Количество дней | ССД | Применяемость |
|---|--|-----------|-----------------|--------|---------------|
| анальгетики | | | | | |
| Кеторолак | раствор для внутримышечного введения 30мг/мл., 1мл.-ампулы (10)-упаковки контурные пластиковые (поддоны) - пачки картонные | Миллилитр | 1 | 1 | 1 |
| антиклимактерические препараты | | | | | |
| Эстрадиол | гель трансдермальный 1мг 1,0 пакет N28 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| Эстрадиол | драже 0,002 N21 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| препараты для неингаляционного наркоза | | | | | |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп. N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,2 |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп. N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,8 |
| прогестагены | | | | | |
| Прогестерон | гель ваг.0,09/доза 1,125 пакет N15 с аппликатором | Грамм | 18 | 0,09 | 0,5 |
| Прогестерон | капс.200мг N14 | Грамм | 18 | 0,6 | 0,5 |
| рилизинг гормон лютеинизирующий | | | | | |
| Трипторелин | пор.д/ин.0,1мг фл.N7 с р-лем | Грамм | 19 | 0,0001 | 1 |
| фолликулостимулирующие препараты | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|-----------|----|--------|-----|
| Фоллитропин α | р-р д/п/к 22 мкг 0,5 мл шпр/ручки | Миллилитр | 10 | 0,4 | 0,3 |
| Фоллитропин β | пор.лиоф.50 МЕ амп.№10 с р-лем | МЕ | 10 | 240 | 0,2 |
| Менотропин (ФСГ:ЛГ=1:1) | пор.лиоф.75 МЕ+75 МЕ амп.№10 с р-лем | МЕ | 10 | 300 | 0,1 |
| Фоллитропин альфа + Лутропин альфа (ФСГ:ЛГ=2:1) | Пор.лиоф.150 МЕ+75 МЕ | МЕ | 10 | 300 | 0,4 |
| Хориогонадотропин альфа | р-р п/к введ 0,5мг/мл 0,5 шприц | Миллилитр | 1 | 0,5 | 1 |
| Основное отделение | | | | | |
| антикоагулянты прямого действия | | | | | |
| Надропарин кальций | р-р 5700 МЕ(Анти-Ха)/мл 0,6 мл шприц №10 | МЕ | 10 | 5700 | 0,8 |
| ингибиторы секреции пролактина | | | | | |
| Каберголин | таб.0,5мг №2 | Грамм | 1 | 0,0005 | 0,1 |

Критерии завершенности этапа

| Наименование критерия | Достижение |
|---|------------|
| Беременность, установленная посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,3 |
| Отсутствие беременности, установленное посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,7 |
| Выполнение медицинской услуги по переносу эмбрионов в полость матки | 0,9 |

Возможные осложнения

| Наименование |
|---|
| Синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление органов репродуктивной системы, ранение сосудов и соседних органов при аспирации фолликулов, тромбоэмболические осложнения. |

Преимственность последующих этапов

| Профиль койки | Место оказания помощи | Этап оказания помощи |
|---------------|-----------------------|-------------------------|
| | Амбулаторно | Диспансерное наблюдение |

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) со стимуляцией суперовуляции по короткому протоколу с применением агонистов

Код услуги: С 242.21.21.003

Средние сроки лечения (количество дней): 34

Возрастная группа: от 18 и старше

Условия оказания помощи: Амбулаторно

Этап оказания помощи: Дневной стационар

Условия пребывания на этапе: Городской

Должности специалистов

| Наименование должностей специалистов | Применяемость |
|--------------------------------------|---------------|
| Врач - акушер гинеколог | 1 |
| Медицинская сестра | 1 |

Диагноз по МКБ X

| Код по МКБ X | Нозологические единицы |
|--------------|---|
| N97.1 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ |
| N97.4 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С МУЖСКИМИ ФАКТОРАМИ |
| N97.0 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ОВУЛЯЦИИ |
| N97.8 | ДРУГИЕ ФОРМЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ |

Состав медицинской услуги

| Наименование услуги | Код | Частота предоставления | Среднее количество |
|--|---------------------|------------------------|--------------------|
| Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | A 04.20.001.001 | 1 | 10 |
| Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови | A 09.05.090 | 0,8 | 1 |
| Тест "смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов" | A 09.21.002 | 0,4 | 1 |
| Индукция суперовуляции по короткому протоколу с агонистами | A 11.20.017.000.026 | 1 | 14 |
| Культивирование ооцитов перед экстракорпоральным оплодотворением | A 11.20.017.000.028 | 0,5 | 1 |
| Обработка ооцитов перед инъекцией сперматозоида | A 11.20.017.000.029 | 0,5 | 1 |
| Перенос эмбриона в полость матки | A 11.20.017.000.030 | 0,9 | 1 |
| Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов | A 11.20.027 | 0,5 | 1 |
| Культивирование эмбрионов | A 11.20.028 | 1 | 1 |
| Обработка спермы для оплодотворения | A 11.20.017.000.033 | 1 | 1 |
| Тест на фрагментацию ДНК сперматозоидов | A 11.20.017.000.035 | 0,4 | 1 |
| Исследование образца спермы - спермограмма | A 11.20.017.000.036 | 0,4 | 1 |
| Получение яйцеклетки | A 11.20.018 | 1 | 1 |
| Сбор образца спермы для исследования | A 11.21.001 | 0,4 | 1 |
| Введение сперматозоида в ооцит | A 11.30.012 | 0,5 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | B 01.001.001 | 1 | 1 |

| | | | |
|--|--------------|------|---|
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный | В 01.001.002 | 1 | 9 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный | В 01.003.001 | 1 | 1 |
| Криоконсервация эмбрионов | А 11.20.031 | 0,2 | 1 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный | В 01.003.002 | 1 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный | В 01.047.002 | 0,2 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный | В 01.053.002 | 0,05 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный | В 01.058.002 | 0,1 | 1 |

Медикаментозное обеспечение

| Международное наименование | Форма выпуска | Единица | Количество дней | ССД | Применяемость |
|---|--|-----------|-----------------|--------|---------------|
| анальгетики | | | | | |
| Кеторолак | раствор для внутримышечного введения 30мг/мл., 1мл.-ампулы (10)-упаковки контурные пластиковые (поддоны) - пачки картонные | Миллилитр | 1 | 1 | 1 |
| антиклимактерические препараты | | | | | |
| Эстрадиол | гель трансдермальный 1мг 1,0 пакет N28 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| Эстрадиол | драже 0,002 N21 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| препараты для неингаляционного наркоза | | | | | |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп.N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,2 |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп.N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,8 |
| прогестагены | | | | | |
| Прогестерон | гель ваг.0,09/доза 1,125 пакет N15 с аппликатором | Грамм | 18 | 0,09 | 0,5 |
| Прогестерон | капс.200мг N14 | Грамм | 18 | 0,6 | 0,5 |
| рилизинг гормон лютеинизирующий | | | | | |
| Трипторелин | пор.д/ин.0,1мг фл.N7 с р-лем | Грамм | 12 | 0,0001 | 1 |
| фолликулостимулирующие препараты | | | | | |
| Фоллитропин α | р-р д/п/к 22 мкг 0,5 мл шпр/ручки | Миллилитр | 10 | 0,4 | 0,3 |
| Фоллитропин β | пор.лиоф.50 МЕ амп.N10 с р-лем | МЕ | 10 | 240 | 0,2 |
| Менотропин (ФСГ:ЛГ=1:1) | пор.лиоф.75 МЕ+75 МЕ амп.N10 с р-лем | МЕ | 10 | 300 | 0,1 |
| Фоллитропин альфа + Лутропин альфа (ФСГ:ЛГ=2:1) | Пор.лиоф.150 МЕ+75 МЕ | МЕ | 10 | 300 | 0,4 |
| Хоригонадотропин альфа | р-р п/к введ 0,5мг/мл 0,5 шприц | Миллилитр | 1 | 0,5 | 1 |
| Основное отделение | | | | | |
| антикоагулянты прямого действия | | | | | |
| Надропарин кальций | р-р 5700 МЕ(Анти-Ха)/мл | МЕ | 10 | 5700 | 0,8 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------|---|--------|-----|
| | 0,6 мл шприц N10 | | | | |
| ингибиторы секреции пролактина | | | | | |
| Каберголин | таб.0,5мг N2 | Грамм | 1 | 0,0005 | 0,1 |

Критерии завершенности этапа

| Наименование критерия | Достижение |
|---|------------|
| Беременность, установленная посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,3 |
| Отсутствие беременности, установленное посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,7 |
| Выполнение медицинской услуги по переносу эмбрионов в полость матки | 0,9 |

Возможные осложнения

| Наименование |
|---|
| Синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление органов репродуктивной системы, ранение сосудов и соседних органов при аспирации фолликулов, тромбоэмболические осложнения. |

Преимственность последующих этапов

| Профиль койки | Место оказания помощи | Этап оказания помощи |
|---------------|-----------------------|-------------------------|
| | Амбулаторно | Диспансерное наблюдение |

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) со стимуляцией суперовуляции по короткому протоколу с применением антагонистов

Код услуги: С 242.21.21.004

Средние сроки лечения (количество дней): 33

Возрастная группа: от 18 и старше

Условия оказания помощи: Амбулаторно

Этап оказания помощи: Дневной стационар

Условия пребывания на этапе: Городской

Должности специалистов

| Наименование должностей специалистов | Применяемость |
|--------------------------------------|---------------|
| Врач - акушер гинеколог | 1 |
| Медицинская сестра | 1 |

Диагноз по МКБ X

| Код по МКБ X | Нозологические единицы |
|--------------|---|
| N97.1 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ |
| N97.4 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С МУЖСКИМИ ФАКТОРАМИ |
| N97.0 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ОВУЛЯЦИИ |
| N97.8 | ДРУГИЕ ФОРМЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ |

Состав медицинской услуги

| Наименование услуги | Код | Частота предоставления | Среднее количество |
|--|---------------------|------------------------|--------------------|
| Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | A 04.20.001.001 | 1 | 10 |
| Исследование уровня хорионического гонадотропина в крови | A 09.05.090 | 0,8 | 1 |
| Тест "смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов" | A 09.21.002 | 0,4 | 1 |
| Индукция суперовуляции по короткому протоколу с антагонистами | A 11.20.017.000.027 | 1 | 13 |
| Культивирование ооцитов перед экстракорпоральным оплодотворением | A 11.20.017.000.028 | 0,5 | 1 |
| Обработка ооцитов перед инъекцией сперматозоида | A 11.20.017.000.029 | 0,5 | 1 |
| Перенос эмбриона в полость матки | A 11.20.017.000.030 | 0,9 | 1 |
| Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов | A 11.20.027 | 0,5 | 1 |
| Культивирование эмбрионов | A 11.20.028 | 1 | 1 |
| Обработка спермы для оплодотворения | A 11.20.017.000.033 | 1 | 1 |
| Тест на фрагментацию ДНК сперматозоидов | A 11.20.017.000.035 | 0,4 | 1 |
| Исследование образца спермы - спермограмма | A 11.20.017.000.036 | 0,4 | 1 |
| Получение яйцеклетки | A 11.20.018 | 1 | 1 |
| Сбор образца спермы для исследования | A 11.21.001 | 0,4 | 1 |
| Введение сперматозоида в ооцит | A 11.30.012 | 0,5 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | B 01.001.001 | 1 | 1 |

| | | | |
|--|--------------|------|---|
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный | В 01.001.002 | 1 | 9 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный | В 01.003.001 | 1 | 1 |
| Криоконсервация эмбрионов | А 11.20.031 | 0,2 | 1 |
| Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный | В 01.003.002 | 1 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный | В 01.047.002 | 0,2 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный | В 01.053.002 | 0,05 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный | В 01.058.002 | 0,1 | 1 |

Медикаментозное обеспечение

| Международное наименование | Форма выпуска | Единица | Количество дней | ССД | Применяемость |
|---|--|-----------|-----------------|-------|---------------|
| анальгетики | | | | | |
| Кеторолак | раствор для внутримышечного введения 30мг/мл., 1мл.-ампулы (10)-упаковки контурные пластиковые (поддоны) - пачки картонные | Миллилитр | 1 | 1 | 1 |
| антиклимактерические препараты | | | | | |
| Эстрадиол | гель трансдермальный 1мг 1,0 пакет N28 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| Эстрадиол | драже 0,002 N21 | Грамм | 25 | 0,002 | 0,4 |
| препараты для неингаляционного наркоза | | | | | |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп.N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,2 |
| Пропофол | эмул.в/в введ. 10мг/мл 20мл амп.N5 | Миллилитр | 1 | 60 | 0,8 |
| прогестагены | | | | | |
| Прогестерон | гель ваг.0,09/доза 1,125 пакет N15 с аппликатором | Грамм | 18 | 0,09 | 0,5 |
| Прогестерон | капс.200мг N14 | Грамм | 18 | 0,6 | 0,5 |
| фолликулостимулирующие препараты | | | | | |
| Фоллитропин α | р-р д/п/к 22 мкг 0,5 мл шпр/ручки | Миллилитр | 10 | 0,4 | 0,3 |
| Фоллитропин β | пор.лиоф.50 МЕ амп.N10 с р-лем | МЕ | 10 | 240 | 0,2 |
| Менотропин (ФСГ:ЛГ=1:1) | пор.лиоф.75 МЕ+75 МЕ амп.N10 с р-лем | МЕ | 10 | 300 | 0,1 |
| Фоллитропин альфа + Лутропин альфа (ФСГ:ЛГ=2:1) | Пор.лиоф.150 МЕ+75 МЕ | МЕ | 10 | 300 | 0,4 |
| Хоригонадотропин альфа | р-р п/к введ 0,5мг/мл 0,5 шприц | Миллилитр | 1 | 0,5 | 1 |
| Цетрореликс | пор.лиоф.д/ин.0,25мг фл.с р-лем | Грамм | 5 | 0,25 | 0,5 |
| Ганиреликс | пор.лиоф.д/ин.0,25мг фл.с р-лем | Грамм | 5 | 0,25 | 0,5 |
| Основное отделение | | | | | |
| антикоагулянты прямого действия | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------|----|--------|-----|
| Надропарин кальций | р-р 5700 МЕ(Анти-Ха)/мл 0,6 мл шприц N10 | МЕ | 10 | 5700 | 0,8 |
| ингибиторы секреции пролактина | | | | | |
| Каберголин | таб.0,5мг N2 | Грамм | 1 | 0,0005 | 0,1 |

Критерии завершенности этапа

| Наименование критерия | Достижение |
|---|------------|
| Беременность, установленная посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,3 |
| Отсутствие беременности, установленное посредством определения хорионического гонадотропина в крови | 0,7 |
| Выполнение медицинской услуги по переносу эмбрионов в полость матки | 0,9 |

Возможные осложнения

| Наименование |
|---|
| Синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление органов репродуктивной системы, ранение сосудов и соседних органов при аспирации фолликулов, тромбоэмболические осложнения. |

Преимственность последующих этапов

| Профиль койки | Место оказания помощи | Этап оказания помощи |
|---------------|-----------------------|-------------------------|
| | Амбулаторно | Диспансерное наблюдение |

Лечение гиперстимулированных яичников в программах вспомогательных репродуктивных технологий

Код услуги: С 242.21.21.008

Средние сроки лечения (количество дней): 5

Возрастная группа: от 18 и старше

Условия оказания помощи: Амбулаторно

Этап оказания помощи: Дневной стационар

Условия пребывания на этапе: Городской

Должности специалистов

| Наименование должностей специалистов | Применяемость |
|--------------------------------------|---------------|
| Врач - акушер гинеколог | 1 |
| Медицинская сестра | 1 |

Диагноз по МКБ X

| Код по МКБ X | Нозологические единицы |
|--------------|--------------------------|
| N98.1 | ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ |

Состав медицинской услуги

| Наименование услуги | Код | Частота предоставления | Среднее количество |
|--|---------------------|------------------------|--------------------|
| Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | A 04.20.001.001 | 1 | 3 |
| Внутрикожное введение лекарственных препаратов | A 11.01.003 | 1 | 9 |
| Внутривенное введение лекарственных препаратов | A 11.12.003 | 1 | 5 |
| Пункция заднего свода влагалища | A 11.20.000.000.037 | 0,3 | 1 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный | B 01.001.002 | 1 | 5 |
| Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | B 03.005.006 | 1 | 1 |
| Общий (клинический) анализ крови развернутый | B 03.016.003 | 1 | 1 |
| Анализ крови биохимический общетерапевтический | B 03.016.004 | 1 | 1 |
| Анализ мочи общий | B 03.016.006 | 1 | 1 |
| Культивирование ооцитов перед экстракорпоральным оплодотворением | A 11.20.017.000.028 | 0,8 | 1 |
| Обработка ооцитов перед инъекцией сперматозоида | A 11.20.017.000.029 | 0,2 | 1 |
| Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов | A 11.20.027 | 0,8 | 1 |
| Культивирование эмбрионов | A 11.20.028 | 1 | 1 |
| Обработка спермы для оплодотворения | A 11.20.017.000.033 | 1 | 1 |
| Получение яйцеклетки | A 11.20.018 | 1 | 1 |
| Введение сперматозоида в ооцит | A 11.30.012 | 0,2 | 1 |

Медикаментозное обеспечение

| Международное наименование | Форма выпуска | Единица | Количество дней | ССД | Применяемость |
|--|-------------------------------------|-----------|-----------------|---------|---------------|
| антикоагулянты прямого действия | | | | | |
| Надропарин кальций | р-р 5700 МЕ/мл шприц N10 | МЕ | 5 | 5700 | 1 |
| ингибиторы секреции пролактина | | | | | |
| Каберголин | таб.0,5мг N8 | Грамм | 5 | 0,0005 | 1 |
| препараты крови и плазмозамещающие | | | | | |
| Гидроксиэтилкрахмал | р-р д/инф.6% фл.500мл | Миллилитр | 3 | 1000 | 1 |
| рилизинг гормон лютеинизирующий | | | | | |
| Трипторелин | пор.д/ин.0,1мг фл.N7 с р-лем | Грамм | 4 | 0,0001 | 0,5 |
| средства для дезинтоксикации и регидратации | | | | | |
| Натрия хлорид | р-р д/инф.0,9% 200мл бут. | Миллилитр | 2 | 400 | 1 |
| фолликулостимулирующие препараты | | | | | |
| Цетрореликс | лиоф.д/п/к введ.0,25мг фл.N1 компл. | Грамм | 4 | 0,00025 | 0,3 |
| Ганиреликс | лиоф.д/п/к введ.0,25мг фл.N1 компл. | Грамм | 4 | 0,00025 | 0,2 |

Критерии завершенности этапа

| Наименование критерия | Достижение |
|---|------------|
| Направление (перевод) пациентки на лечение в круглосуточный стационар гинекологического профиля | 0,9 |
| Выполнение перечня работ (услуг), предусмотренного моделью медицинской услуги | 0,9 |

Возможные осложнения

| Наименование |
|---|
| Тромбоземболия, асцит, гидроторакс, апоплексия яичников |

Подготовка эндометрия к переносу эмбрионов в полость матки после осложнений индукции суперовуляции

Код услуги: С 242.21.21.009

Средние сроки лечения (количество дней): 14

Возрастная группа: от 18 и старше

Условия оказания помощи: Амбулаторно

Этап оказания помощи: Поликлиника

Условия пребывания на этапе: Городской

Должности специалистов

| Наименование должностей специалистов | Применяемость |
|--------------------------------------|---------------|
| Врач - акушер гинеколог | 1 |
| Медицинская сестра | 1 |

Диагноз по МКБ X

| Код по МКБ X | Нозологические единицы |
|--------------|---|
| N97.1 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ |
| N97.4 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С МУЖСКИМИ ФАКТОРАМИ |
| N97.0 | ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОТСУТСТВИЕМ ОВУЛЯЦИИ |
| N97.8 | ДРУГИЕ ФОРМЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ |

Состав медицинской услуги

| Наименование услуги | Код | Частота предоставления | Среднее количество |
|---|-----------------|------------------------|--------------------|
| Основное отделение | | | |
| Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | А 04.20.001.001 | 1 | 5 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный | В 01.001.002 | 1 | 5 |

Медикаментозное обеспечение

| Международное наименование | Форма выпуска | Единица | Количество дней | ССД | Применяемость |
|---|---------------------------------------|---------|-----------------|-------|---------------|
| Основное отделение | | | | | |
| антиклимактерические препараты | | | | | |
| Эстрадиол | гель трансдермальный 1мг 1,0 пакет | Грамм | 14 | 0,002 | 0,5 |
| Эстрадиол | драже 0,002 N21 | Грамм | 14 | 0,002 | 0,5 |
| фолликулостимулирующие препараты | | | | | |
| Хориогонадотропин альфа | р-р п/к введ 0,5мг/мл 0,5 шприц | | 1 | 0,5 | 1 |

Критерии завершения этапа

| Наименование критерия | Достижение |
|-----------------------|------------|
|-----------------------|------------|

| | |
|--|-----|
| Выполнение перечня медицинских услуг, предусмотренных этапом | 0,9 |
|--|-----|

Возможные осложнения

| Наименование |
|----------------|
| Без осложнений |

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-ор

Состав

комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

- | | |
|---------------------------------|---|
| Хоменко Наталья Владимировна | - консультант отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, председатель комиссии |
| Глинская Татьяна Геннадьевна | - главный специалист отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края, заместитель председателя комиссии |
| Караганова Ксения Игоревна | - врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», секретарь комиссии (по согласованию) |

Члены комиссии:

- | | |
|----------------------------|--|
| Андреева Алла Андреевна | - заведующая отделением гинекологии краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (по согласованию) |
| Базина Марина Ивановна | - доцент кафедры акушерства и гинекологии института постдипломного образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет |

- им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения Российской
Федерации», врач акушер-гинеколог
общества с ограниченной ответственностью
«Медицинский центр гинекологической
эндокринологии и репродукции «Три сердца»
(по согласованию)
- Варламова
Наталья Семеновна врач терапевт краевого государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Красноярский краевой клинический центр
охраны материнства и детства»
(по согласованию)
- Бауров
Павел Петрович - заведующий консультативной поликлиникой
краевого государственного бюджетного
учреждения здравоохранения «Красноярский
краевой клинический центр охраны
материнства и детства» (по согласованию)
- Гарбер
Юлия Григорьевна - заместитель главного врача по
родовспоможению краевого государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Красноярский краевой клинический центр
охраны материнства и детства»
(по согласованию)
- Горбачева
Ирина Александровна - врач акушер-гинеколог клинико-
диагностического отделения муниципального
краевого государственного бюджетного
учреждения здравоохранения «Красноярская
межрайонная клиническая больница № 4»
(по согласованию)
- Ермакова
Инна Владимировна - врач акушер-гинеколог консультативной
поликлиники краевого государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Красноярский краевой клинический центр
охраны материнства
и детства» (по согласованию)
- Климатова
Елена Ивановна - заведующая клинико-диагностического
отделения краевого государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Красноярская межрайонная клиническая
больница № 4» (по согласованию)

- Носкова
Елена Викторовна
- Главный специалист управления организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования (по согласованию)
- Полстяная
Галина Николаевна
- доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ», главный врач общества с ограниченной ответственностью «Красноярский центр репродуктивной медицины», врач акушер-гинеколог (по согласованию)
- Сергиенко
Евгений Николаевич
- врач уролог консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (по согласованию)
- Серебренникова
Ольга Александровна
- заместитель директора общества с ограниченной ответственностью «Красноярский центр репродуктивной медицины» (по согласованию)
- Сумарокова
Наталья Петровна
- Врач эксперт филиала ОАО «РОСНО-МС» «Красноярск-РОСНО-МС» (по согласованию)
- Сыромятникова
Светлана Анатольевна
- директор общества с ограниченной ответственностью «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца», врач акушер-гинеколог (по согласованию)
- Шагеева
Галина Александровна
- консультант, отдела развития здравоохранения и государственно-частного партнерства министерства здравоохранения Красноярского края
- Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи



Г.З. Слепнева

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-оп

**Положение о комиссии
по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ
методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

1. Общие положения

1.1. Комиссия по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (далее – Комиссия) является постоянно действующим совещательным органом при министерстве здравоохранения Красноярского края.

1.2. Комиссия в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, Красноярского края и настоящим Положением.

1.3. Задачей Комиссии является отбор граждан для оказания им медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (далее – отборе, лечение) и организация предоставления им необходимого лечения.

2. Функции Комиссии

В целях решения возложенных на нее задач Комиссия осуществляет следующие функции:

рассматривает документы граждан, желающих получить лечение;

принимает решение о направлении гражданина на лечение или об отказе в таком направлении.

координирует взаимодействие медицинских организаций в целях предоставления гражданам необходимого лечения;

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

ведет мониторинг течения беременности и исхода родов после проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

рассматривает сложные и конфликтные случаи, возникающие при лечении граждан.

3. Организация деятельности Комиссии

3.1. Заседания Комиссии проводятся еженедельно каждую пятницу и считаются правомочными, если на них присутствует не менее 2/3 от общего числа ее членов.

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

3.2. 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.

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

3.3. Секретарь Комиссии:

принимает документы граждан, желающих получить лечение, и регистрирует их в соответствующем журнале (приложение № 1 к настоящему Положению) в день получения;

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 граждан, желающих получить лечение;

осуществляет мониторинг своевременности прибытия граждан для получения лечения, переносов сроков лечения, отказов граждан от лечения;

информирует медицинские организации, направившие граждан для получения лечения, о неявке гражданина для получения лечения в медицинскую организацию, проводящую ВРТ;

осуществляет мониторинг результативности оказания гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием методов ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

осуществляет мониторинг течения беременности и исхода родов по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ;

организует и ведет делопроизводство Комиссии.

3.4. 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.

3.5. Решения Комиссии принимаются простым большинством голосов членов Комиссии, присутствующих на заседании.

Каждый член Комиссии имеет один голос. При равенстве голосов принятым считается решение, за которое проголосовал председательствующий на заседании Комиссии.


3.6. Решения Комиссии оформляются протоколами заседания Комиссии по форме согласно приложению № 2 к настоящему Положению. Протокол подписывается председателем Комиссии или его заместителем, председательствовавшим на заседании, и секретарем Комиссии.

Протокол заседания Комиссии составляется и подписывается в день проведения заседания.

Копия протокола хранится секретарем Комиссии.

3.7. Копии протоколов заседаний Комиссии и документы граждан хранятся в течение 5 лет.

Начальник отдела
организации педиатрической
и акушерско-гинекологической помощи

 Г.З. Слепнева

Приложение № 1
к приложению № 3
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 04.07.2015 № 4/16-012

Журнал регистрации медицинских документов, направленных в Комиссию по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос ранее криоконсервированных эмбрионов

| №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 методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ | 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 № 2
к приложению № 3
приказа министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-0/12

**Форма протокола заседания Комиссии по отбору граждан для лечения
бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/**

**ПРОТОКОЛ № _____
заседания Комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия
с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

« _____ » _____ 20__ г.

Комиссия в составе:

Председатель: _____

Члены комиссии: _____

Приглашенные: _____

Представлена пациентка (ФИО): _____

Адрес: _____

Заключение комиссии:

Направить на ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос ранее
криоконсервированных эмбрионов

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

Рекомендовать следующую программу ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/
перенос ранее криоконсервированных эмбрионов

Рекомендовать дополнительное обследование

Рекомендовать лечение

Отказать в направлении на ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ перенос ранее
криоконсервированных эмбрионов

(указать причину)

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

Члены Комиссии

Приложение № 5
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.04.2015 № 416-ор

**Форма отчета мониторинга течения беременности и исхода родов
по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению
бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

| № п/п | | Наименование медицинской организации, осуществляющ ей ВРТ | | итого |
|----------|--|---|---|-------|
| | | 1 | 2 | |
| 1. | Количество рассмотренных пакетов документов | X | X | |
| 2. | Количество пациенток, направленных на проведение на ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ | | | |
| 3. | Количество пациенток, направленных на перенос ранее криоконсервированных эмбрионов | | | |
| 4. | Количество отказов Комиссией по отбору пациентов в проведении ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ | X | X | |
| 5. | Количество отказов пациентов от проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (самостоятельное решение пациента) | X | X | |
| 6. | Количество пациенток, которым проведена программа ВРТ методом ЭКО/ ЭКО+ИКСИ всего в т.ч. | | | |
| | - методом ЭКО+ИКСИ | | | |
| 7. | Количество эмбриопереносов всего | | | |
| | - в том числе ранее криоконсервированных | | | |
| 8. | Количество пациентов, находящихся в циклах лечения | | | |
| 9. | Количество пациенток с неудачными попытками ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/переноса ранее | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| | криоконсервированных эмбрионов (отрицательный результат) Этот пункт дублирует п.7 | | | |
| 10. | Количество пациентов с наступившей беременностью после проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ переноса ранее криоконсервированных эмбрионов всего в т. ч. | | | |
| | - с многоплодной беременностью | | | |
| | - после переноса ранее криоконсервированных эмбрионов | | | |
| 11. | Количество осложнений при проведении ВРТ методом ЭКО/ ЭКО+ИКСИ всего, в т.ч. | | | |
| | - синдром гиперстимулированных яичников | | | |
| | - кровотечения | | | |
| | -воспаление органов репродуктивной системы | | | |
| | - ранение сосудов | | | |
| | - ранение соседних органов | | | |
| | - недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции | | | |
| 12. | Исходы беременности: | | | |
| | - самопроизвольный выкидыш (количество) | | | |
| | - замершая беременность (количество) | | | |
| | - медицинский аборт (количество) | | | |
| | - прерывание по медицинским показаниям всего (количество), из них: | | | |
| | - по медицинским показаниям со стороны матери (количество) | | | |
| | - в связи с выявленными врожденными пороками (аномалиями) развития (ВПР) плода (количество) | | | |
| | - преждевременные роды всего (количество) из них | | | |
| | - в сроки 22-27 недель беременности (количество) | | | |
| | - в сроки 28-37 недель беременности (количество) | | | |
| | - срочные роды (количество) | | | |
| | - кесарево сечение (количество) | | | |
| 13. | Количество детей, родившихся живыми | | | |
| 14. | Количество пациентов, состоящих на учете по беременности | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 15. | Количество пациентов с пренатально выявленной патологией плода | | | |
| 16. | Количество пациентов с выявленной патологией ребенка в раннем неонатальном периоде | | | |
| 17. | Количество пациентов с пренатально выявленной патологией плода, не подтвержденной в раннем неонатальном периоде | | | |
| 18. | Перинатальные потери всего (количество), в т.ч.: | | | |
| | количество мертворожденных всего из них | | | |
| | количество антенатальных потерь | | | |
| | количество интранатальных потерь | | | |
| | количество умерших в раннем неонатальном периоде | | | |
| 19. | Количество пациенток, прошедших ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос ранее криоконсервированных эмбрионов по которым нет информации о течение беременности и исходов родов | | | |

* предоставляется ежемесячно до 15 числа месяца, следующего за отчетным, Комиссией по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ в министерство здравоохранения Красноярского края

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 04.04.2015 № 416-6/пг

Форма мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ для краевых государственных учреждений здравоохранения

Наименование учреждения здравоохранения _____
период _____ (указывается месяц/год)

| ФИО пациентки | дата взятия на учет беременности | многopлодная беременность (да/нет) | с/п выкидыш (да/нет) | замершая беременность (да/нет) | мед. аборт (да/нет) | исходы беременности | | | патология развития плода | перинатальные потери | |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| | | | | | | прерывание по медицинским показаниям | преждевременные роды | срочные роды (да/нет) | | кесарево сечение (да/нет) | пренатально выявленная выкидыш (да/нет) |
| | | | | | | Состояние в связи с материнскими осложнениями (да/нет) | В 22-27 недель беременности (да/нет) | В 28-37 недель беременности (да/нет) | Состояние в раннем неонатальном периоде (да/нет) | антенатальная потеря (да/нет) | Интра-натальная потеря (да/нет) |

Руководитель учреждения здравоохранения (ФИО) _____ (подпись)

Дата _____

* предоставляется ежемесячно до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, учреждениями здравоохранения в Комиссию по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

Приложение № 7
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2015 № 416-с/м

**Форма предоставления сведений о диспансерной группе пациентов
с бесплодием**

Наименование учреждения здравоохранения _____

период _____

(указывается квартал/год)

| Клинический диагноз, код МКБ | Число пациенток |
|--|-----------------|
| 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 учреждения здравоохранения (ФИО) _____ (Подпись)

Дата _____

*представляется ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным, учреждениями здравоохранения в консультативную поликлинику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**представляется ежегодно до 25 августа текущего года краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в министерство здравоохранения Красноярского края

Приложение № 8
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 02.07.2016 № 416-с/м

Форма медицинской карты стационарного больного

С режимом ознакомлен _____

| | | |
|--|--|---|
| | | Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____ |
| Министерство здравоохранения РФ _____ наименование учреждения | ПАСПОРТ Серия _____ № _____ Кем выдан _____ Дата выдачи _____ | Медицинская документация форма N 003/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. N 1030 |

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата N _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

_____ название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

_____ вписать адрес, указав для приезжих - область, район, населенный пункт

_____ адрес родственников и N телефона

5. Место работы, профессия или должность _____

_____ для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения,

_____ школы; для инвалидов - род и группа

_____ инвалидности, ВОВ, да, нет (подчеркнуть)

6. Кем направлен больной _____

_____ название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

| 10. Диагноз клинический | Дата установления |
|-------------------------|-------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего ____ раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания послеоперационные осложнения.

| Название операции | Дата, час | Метод обезболивания | Осложнения |
|-------------------|-----------|---------------------|------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Оперировал _____

14. Другие виды лечения _____

(указать)

для больных злокачественными новообразованиями - 1. Специальное лечение; хирургическое (дистанционная гамматерапия; рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональным препаратами. 2. Паллиативное. 3. Симптоматическое лечение.

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____

N _____ с _____ по _____ N _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение _____

название лечебного учреждения

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)

18. Для поступивших на экспертизу-заключение _____

19. Особые отметки _____

Лечащий врач _____ Зав. Отделением _____

**Вкладыш в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного
при применении методов вспомогательных репродуктивных технологий
№ карты _____ № попытки _____**

Ф.И.О. пациентки _____

_____, дата рождения _____

Ф.И.О. мужа (партнера) _____

_____, дата рождения _____

Диагноз: _____

Предполагаемый метод ВРТ:

| | | | | | | |
|----|-----|----------|------|------|-----|--------|
| ИИ | ЭКО | ЭКО+ИКСИ | ПЕСА | ТЕСА | ПГД | КриоЕТ |
|----|-----|----------|------|------|-----|--------|

| | | | | | | | |
|----------------------|--|------------------|-----------------|--|--------|-----------|--|
| в естественном цикле | | сперма (биоптат) | мужа (партнера) | | ооциты | пациентки | |
| с индукцией овуляции | | | донора | | | донора | |

Осложнения

| | | | | | | | |
|--------------------|------|--|-------|--|-------|-------|-------|
| СГЯ | нет | | да | | 1 ст. | 2 ст. | 3 ст. |
| Другие осложнения: | | | | | | | |
| Лечение | амб. | | стац. | | | | |

Врач _____ / _____

Подпись

Ф.И.О.

Протокол трансвагинальной пункции фолликулов

№ к/п _____

Ф.И.О.пациентки

| | | | |
|------|-------|------------|--|
| Дата | Время | День цикла | |
| | | | |

Жалобы _____.

Состояние _____ . Кожные покровы и видимые _____

Пульс _____ уд./мин. А/Д _____ / _____ мм рт. ст. t _____ С°.

Пункция фолликулов трансвагинальным доступом

| | | |
|--------------|--|-----------------------|
| Пунктировано | | Особенности операции: |
| Промыто | | |
| Ооцитов | | |

Врач:

| | | | | | | | |
|---|---|---------------|----------------|--|--|--|--|
| <p>Протокол анестезиологического пособия « _____ » _____ 20 _____ г. _____ ч. _____ мин.</p> <p>Анамнез: Аллергические реакции _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ранее психотропных и наркотических средств не принимала.</p> <p>Противопоказаний к анестезии не выявлено.</p> <p>Риск анестезии _____ по МАА</p> <p>Во время анестезии введено: в/м _____ мл. в/в Диприван (Пропофол) _____ мг. дробно</p> <p>Течение анестезии _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Проснулась на столе. Переведена в палату под наблюдение медицинского персонала. Сознание ясное, активна, адекватна. Мышечный тонус восстановлен.</p> <p>Врач анестезиолог:</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">АД/мм рт. ст.</td> <td style="width: 50%;">Пульс уд./мин.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | АД/мм рт. ст. | Пульс уд./мин. | | | | |
| АД/мм рт. ст. | Пульс уд./мин. | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Культивирование ооцитов и эмбрионов

№ к/п _____

ЭКО ЭКО+ИКСИ PCSI НА Д/о Д/с ПГД КРИО

Ф.И.О. пациентки _____ возраст _____ № попытки _____

Ооциты пациентки донора Ф.И.О. женщины донора _____

Дата пункции _____ время пункции _____ Условия культивирования _____

Фолликулов _____ Пунктировано _____ Получено ооцитов _____ Из них МП _____

| Дата | № | Оценка ооцита | Оплодотворение | Дробление | | | Эмбрио перенос | GR | Прим. |
|------|----|---------------|----------------|-----------|--|--|----------------|----|-------|
| | 1 | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | |

Инсеминация ФИО мужчины _____

Сперма мужа донора партнера Биоптат мужа партнера
 не подвергнутая криоконсервации не подвергнутый криоконсервации
 криоконсервированная криоконсервированный

Спермограмма: _____

Время получения эякулята _____ Время разжижения эякулята _____ Метод приготовления _____

Число дней воздержания _____ Утеря части эякулята да нет Число сперм/ооцитов _____

Вязкость умеренная, повышенная сниженная. _____ Время инсеминации _____

Протокол переноса эмбрионов в полость матки

| Дата | Время переноса | Перенесено эмбрионов | 1 | 2 | 3 | 4 | более 4 |
|---------------------|----------------|----------------------|---|---|---|---|---------|
| Отменен по причине: | | | | | | | |

Особенности переноса: Пулевые щипцы Смена катетера Повторный перенос

Врач _____ Эмбриолог _____

Криоконсервация эмбрионов/ооцитов

| | | | |
|---|----|----|----|
| Дата криоконсервации | | | |
| Число замороженных эмбрионов/ооцитов | | | |
| Стадии и морфологическая оценка эмбрионов/ооцитов (по соломинкам) | 1. | 4. | 7. |
| | 2. | 5. | 8. |
| | 3. | 6. | 9. |
| Время культивирования до КРИО | | | |
| Криопротектор/Криосреда | | | |
| № Дьюара/кана-пенала | | | |
| Кодировка/цвет | | | |

Замечания: _____

Эмбриолог _____

Перенос криоконсервированных эмбрионов

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Дата размораживания | | | | | | | | | | | | | |
| Число размороженных эмбрионов | | | | | | | | | | | | | |
| Выживаемость | | | | | | | | | | | | | |
| Фрагментация эмбрионов: | < 50% | | | | | | | | | | | | |
| | > 50% | | | | | | | | | | | | |
| | 100% | | | | | | | | | | | | |
| Дата ЭТ | | | | | | | | | | | | | |
| Число переносимых эмбрионов | | | | | | | | | | | | | |
| Стадии развития эмбрионов на момент переноса | | | | | | | | | | | | | |

Замечания: _____

Эмбриолог _____

| МЭС | Дата начала | Дата окончания | к/д | Подпись врача | Подпись руководителя |
|-----|-------------|----------------|-----|------------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Диагностика беременности

№ к/п _____

| Дата | День после ЭТ | ХГ | УЗИ |
|------|---------------|----|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Врач _____

Исход лечения

| Беременность маточная (одноплодная , многоплодна я) | | внематочна я | | гетеротопич еская | | Беремен- ность не наступила | | нет данных | |
|--|--|-----------------|--|----------------------|--|-----------------------------------|--|---------------|--|
| | | | | | | | | | |

Врач _____

