**АДЫГЭ РЕСПУБЛИКЭМ ПСАУНЫГЪЭМ ИКЪЭУХЪУМЭНКIЭ И МИНИСТЕРСТВ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ

 

#### ПРИКАЗ № 1077\_

**« 30 » декабря 2020 г. г. Майкоп**

**Об утверждении Порядка направления жительниц Республики Адыгея для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов.**

В соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» с целью совершенствования организации оказания медицинской помощи жителям Республики Адыгея по профилю «акушерство-гинекология» в части преодоления бесплодия, повышения доступности медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение)

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:
	1. Порядок направления пациентов, проживающих на территории Республики Адыгея, в медицинские организации для проведения процедуры ЭКОи (или) переноса криоконсервированных эмбрионов согласно приложению N 1;
	2. Перечень показаний, ограничений и противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации согласно приложению N 2;
	3. Перечень обследования и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению N 3;
	4. Форму «Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования» согласно приложению № 4;
	5. Форму «Справка о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования» согласно приложению № 5;
	6. Форму «Выписка из амбулаторной карты» согласно приложению № 6;
	7. Форму «Журнал выданных направлений и справок о проведении программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ)» согласно приложению № 7;
	8. Форму «Отчет о направлении и проведении программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ)» согласно приложению № 8;
	9. Форму «Отчет об оказании медицинской помощи женщинам, направленным и получившим программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов»согласно приложению № 9.
2. Главным врачам медицинских организаций Республики Адыгея обеспечить:
	1. персональное информирование о данном приказе заинтересованных специалистов (акушеров-гинекологов, возглавляемого учреждения);
	2. назначение ответственного лица за выявление, диспансерное наблюдение пациентов с бесплодием, лечение в соответствии с действующими клиническими [рекомендациями](file:///Y%3A%5C%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B5%5C%D0%9A%D0%9B%D0%98%D0%9D%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%98%D0%95%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%A2%D0%9E%D0%9A%D0%9E%D0%9B%D0%AB%5C%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%20%D0%96%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D0%B1%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%B5%5C_%D0%9F%D0%B8%D1%81%D1%8C%D0%BC%D0%BE_%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8%20%D0%BE%D1%82%2005.03.2019%20N%2015-4_%D0%98_2-1913%20_%D0%9E%20%D0%BD.rtf#Par41) (протоколами лечения), определение нуждаемости в проведении программы ЭКО, обследование, оформление медицинской документации, направление пациентов в консультативно-диагностическую поликлинику Перинатального центра ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница», которым показано проведение процедуры ЭКО и своевременное формирование и направление отчета согласно приложению № 9;
	3. предоставление в консультативно-диагностическую поликлинику Перинатального центра ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница» Отчета об оказании медицинской помощи женщинам, направленным и получившим программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов»согласно приложению № 9 (ежемесячно 1 числа месяца, следующего за отчетным).
	4. наблюдение беременных женщин, беременность которых наступила после процедуры ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов, а также в обязательном порядке, направление на консультирование, госпитализацию и родоразрешение в Перинатальный центр ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница».
	5. предоставление в отдел медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Адыгея копии приказа по учреждению.

3. Главному врачу ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница» обеспечить:

3.1. назначение заведующего консультативно-диагностическим отделением Перинатального центра ответственным лицом за выявление, наблюдение пациентов с бесплодием, лечение в соответствии с действующими клиническими [рекомендациями](file:///Y%3A%5C%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B5%5C%D0%9A%D0%9B%D0%98%D0%9D%D0%98%D0%A7%D0%95%D0%A1%D0%9A%D0%98%D0%95%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%A2%D0%9E%D0%9A%D0%9E%D0%9B%D0%AB%5C%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%20%D0%96%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D0%B1%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%B5%5C_%D0%9F%D0%B8%D1%81%D1%8C%D0%BC%D0%BE_%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8%20%D0%BE%D1%82%2005.03.2019%20N%2015-4_%D0%98_2-1913%20_%D0%9E%20%D0%BD.rtf#Par41) (протоколами лечения), определение нуждаемости в проведении программы ЭКО, обследование, оформление медицинской документации, направление пациентов на проведение процедуры ЭКО или перенос криоконсервированных эмбрионов, сбор, анализ отчетов от медицинских организаций и своевременное формирование, направление в Министерство здравоохранения Республики Адыгея отчета согласно приложению № 8 ежемесячно до 3 числа месяца, следующего за отчетным;

3.2. материально-техническую готовность консультативно-диагностического отделения Перинатального центра для проведения обследования в соответствии с приложением к приказу № 3 и подготовки пациентов с бесплодием к проведению процедуры ЭКО или переносу криоконсервированных эмбрионов;

3.3. консультативный прием, обследование, амбулаторное лечение пациентов, направленных из медицинских организаций республики;

3.4. информирование заинтересованных специалистов о данном приказе и предоставление в отдел медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Адыгея копии приказа по учреждению.

4. Главному специалисту-эксперту (акушеру-гинекологу) отдела медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Республики Адыгея осуществлять организационно-методическое сопровождение, анализ результатов, оценку эффективности, разработку и внесение предложений по совершенствованию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение)», предоставление отчета о результатах применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) ежемесячно 5 числа месяца, следующего за отчетным.

5. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Адыгея от 27 января 2017 года № 71 «Об утверждении Порядка направления граждан Республики Адыгея для проведения процедуры ЭКО».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Республики Адыгея М.А. Коробко.

М и н и с т р Р.Б. Меретуков

Приложение № 1к приказу

Министерства

Здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_

Порядок направления пациентов, проживающих на территории Республики Адыгея, в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов

1. Медицинская помощь для установления причин бесплодия оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)».
2. Диспансерное наблюдение, обследование пациентов для установления причин бесплодия, определение нуждаемости в проведении программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов (далее – ЭКО, КПЭ) осуществляется на основе действующих клинических рекомендаций (протокола лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)».
3. Выявление пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи в связи с бесплодием, осуществляется врачом, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь.
4. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия, перечень обследования согласно приложению к приказу № 3.
5. Длительность лечения бесплодия не должна превышать 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше. Несоблюдение указанных сроков является критерием неудовлетворительного качества оказания медицинской помощи при бесплодии.
6. Консультативно-диагностическая поликлиника Перинатального центра ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница» (далее – КДП ПЦ МГКБ) (учреждение 3 уровня – республиканский Перинатальный центр) является ответственной медицинской организацией по выявлению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи в связи с бесплодием, направлению пациентов на проведение программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов (ЭКО И КПЭ), учету выданных направлений, результатов проведения ЭКО и КПЭ, анализу эффективности и предоставлению в Министерство здравоохранения Республики Адыгея ежемесячного отчета согласно приложению к приказу № 8.
7. Обследование женщин для оказания медицинской помощи с использованием ЭКО проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)».
8. Обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ, проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.
9. При необходимости проведения дообследования, оказания консультативно-диагностической помощи, уточнения тактики лечения, пациенты с бесплодием направляются в Консультативно-диагностическую поликлинику Перинатального центра ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница». При направлении пациентам выдается направление по форме № 057/у-04, утверждённой приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее - форма № 057/у-04).
10. При выявлении показаний (согласно приложению к приказу № 2) после проведенного обследования, пациенты, направляются на лечение с применением методов ВРТ.
11. Акушер-гинеколог (лечащий врач) оформляет выписку из медицинской документации, включающую заключения специалистов, клинические, лабораторные рентгенологические и др. данные о состоянии здоровья пациентки,диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-X, рекомендации о необходимости и возможности проведения процедуры ЭКО согласно приложению к приказу № 6 (действительна в течение 1 года с даты оформления, возможно внесение дополнений), форму № 057/у-04 на госпитализацию, в выбранную пациенткой, медицинскую организацию, выполняющую процедуру ЭКО, из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТП ОМС), для получения направления для проведения программы ЭКО и КПЭ в рамках ТП ОМС направляет пациентку в Консультативно-диагностическую поликлинику Перинатального центра ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница» (далее – КДП ПЦ МГКБ) (алгоритм направления пациентов на проведение ВРТ согласно приложению к порядку Лист маршрутизации пациентов, проживающих на территории Республики Адыгея, в медицинские организации для проведения процедуры ЭКОи (или) переноса криоконсервированных эмбрионов).
12. В КДП ПЦ МГКБ ответственным лицом (заведующий КДП) оформляется Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках ТП ОМС (далее - Направление) согласно приложения к приказу № 4, в Направлении указывается уникальный номер направления на программу ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, ведется журнал выданных Направлений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС (приложение № 6 к приказу), в который обязательно заносятся и результаты лечения.
13. Для получения направления в КДП ПЦ МГКБ по предварительной записи пациенткой предоставляется пакет документов (заключение из медицинской организации, выполняющей ЭКО И КПЭ, копия выписки из амбулаторной карты, копия паспорта (стр. 2-3, 5), копия страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования с обеих сторон, копия СНИЛСа, заявление на обработку персональных данных согласно приложению № 13 к приказу Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»).
14. На лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) направляются пациенты - граждане Российской Федерации, зарегистрированные и застрахованные на территории Республики Адыгея, с установленным диагнозом бесплодие, не имеющие противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, согласно приложению к приказу № 2. Выбор медицинской организации для проведения процедуры ЭКО осуществляется пациентами в соответствии с перечнем медицинских организаций, выполняющими процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
15. Не подлежат направлению на ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования:

- пациенты, имеющие противопоказания и ограничения к применению процедуры ЭКО и КПЭ согласно приложению к приказу № 2;

- пациенты, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, в том числе генетическими, при котором беременность противопоказана (перечень заболеваний, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями и дополнениями)).

16. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее - программа ЭКО). Программа ЭКО состоит из следующих этапов:

 а) овариальная стимуляция;

 б) пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;

 в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

 г) культивирование эмбрионов;

 д) перенос эмбрионов в полость матки;

 е) криоконсервация эмбрионов;

 ж) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

 з) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского.

17. Программа ЭКО, криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов осуществляются в рамках территориальной программы ОМС. Использование донорских эмбрионов, донорских половых клеток (ооцитов, сперматозоидов), суррогатное материнство, преимплантационное генетическое тестирование за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется, а производится дополнительно за счет личных средств пациента.

1. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, направляет Справку о выполнении программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, согласно форме приложения к приказу № 5 в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания программы ЭКО (перенос эмбриона в полость матки) и (или) изолированного переноса криоконсервированных эмбрионов (криопереноса). Справка может быть оформлена в виде документа на бумажном носителе или в формате электронного документа. В Справке указывается уникальный номер Направления на программу ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, на основании которого было проведено лечение. Дубликат справки выдается пациентке на руки для передачи в лечебное учреждение, которое будет осуществлять дальнейшее наблюдение.
2. В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» и действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).
3. При отсутствии беременности пациенты могут повторно направляться для проведения процедуры ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов при отсутствии противопоказаний и ограничений, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения). С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, рекомендуется проведение не более 2 попыток процедур ЭКО, сопровождающихся овариальной стимуляцией и (или) 3-4 процедур переноса криоконсервированных эмбрионов в год.
4. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь беременной женщине на амбулаторном этапе, беременность которой наступила после процедуры ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов, направляет Отчет об оказании медицинской помощи женщинам, направленным и получившим программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов согласно приложению № 9 к приказу в КДП ПЦ МГКБ ежемесячно 1 числа месяца следующего за отчетным.
5. Ответственным лицом КДП ПЦ МГКБ осуществляется сбор, свод и анализ результатов лечения бесплодия в Республике Адыгея и ежемесячно до 3 числа месяца следующего за отчетным предоставляет в Министерство здравоохранения Республики Адыгея Отчет о направлении и проведении программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ) согласно приложению № 8.

 Приложение к порядку

Лист маршрутизации пациентов с бесплодием, проживающих на территории Республики Адыгея

|  |
| --- |
| Женщины, обратившиеся в медицинскую организацию по вопросу невозможности достичь клинической беременности в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции.  |

|  |
| --- |
| Акушер-гинеколог (лечащий врач)  |

|  |
| --- |
| Обследование пациентов для установления причин бесплодия, диспансерное наблюдение, определение нуждаемости в проведении программы ЭКО, КПЭ в соответствие с клиническими рекомендациями (протоколом лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)»Длительность обследования для установления причин бесплодия - не более 6 месяцев с момента обращения Длительность лечения бесплодия не более 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет, не более 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше. |

Показания для проведения ЭКО:

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

б) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ВРТ выше, чем при применении других методов;

в) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;

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

д) ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности. Противопоказания и ограничения согласно Приложению № 2 к приказу

Лечащий врач по результатам обследования оформляет выписку из амбулаторной карты (приложение № 6), действительна в течение 1 года с даты оформления, возможно внесение дополнений.

Консультация пациентки в выбранной медицинской организации, выполняющей программу ЭКО и (или) КПЭ в рамках территориальной программы ОМС или направление выписки из амбулаторной карты на заочную консультацию самостоятельно пациенткой.

Получение заключения медицинской организации, выполнившая программу ЭКО и (или) КПЭ о возможности проведения программы в рамках ТП ОМС.

На основании заключения из выбранной медицинской организации, выполняющей программу ЭКО и (или) КПЭ в рамках территориальной программы ОМС, лечащий врач оформляет форму № 057/у-04 на госпитализацию, в выбранную пациенткой, медицинскую организацию, выполняющую процедуру ЭКО.

Для получения Направления для проведения программы ЭКО и КПЭ в рамках ТП ОМС согласно приложению № 4 по предварительной записи, лечащий врач направляет пациентку в КДП ПЦ МГКБ (Майкоп, л. Гагарина, д. 4). Ответственное лицо: заведующая КДП ПЦ МГКБ - Мекулова Римма Хамзетовна (конт. Тел. 8 988 083 09 67

В КДП ПЦ МГКБ лично пациенткой предоставляются документы:

-заключение из медицинской организации, выполняющей ЭКО И КПЭ,

-копия выписки из амбулаторной карты согласно приложению № 6,

-копия паспорта (стр. 2-3, 5),

-копия страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования с обеих сторон,

-копия СНИЛСа,

-заявление на обработку персональных данных.

В день обращения в КДП ПЦ МГКБ оформляется и выдается на руки пациентке Направление для проведения программы ЭКО/КПЭ в рамках ТП ОМС согласно приложения к приказу № 4.

Ответственным лицом КДП ПЦ МГКБ ведется учет проведения и результатов ЭКО.

В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» и действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Информация об оказании медицинской помощи беременных женщинах после ЭКО ежемесячно предоставляется в КДП ПЦ МГКБ

)

При неэффективности проведенной программы ЭКО/КПЭ, пациенты могут повторно направляться для проведения процедуры ЭКО /КПЭ при отсутствии противопоказаний и ограничений.

С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, в течение года возможно проведение не более 2 попыток процедур ЭКО (с овариальной стимуляцией) и (или) не более 4 процедур переноса криоконсервированных эмбрионов в год.

Приложение № 2 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_

Перечень показаний, ограничений и противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации

Показаниями для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ являются (п. 10 приложения № 1 «Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению» к приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 803н):

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

б) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ВРТ выше, чем при применении других методов;

в) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;

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

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

Ограничениями для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ являются (п. 12 приложения № 1 «Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению» к приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 803н):

а) снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);

б) состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;

в) состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;

г) острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

Перечень противопоказаний к применению ВРТ и искусственной инсеминации предусмотрен [приложением № 2](#Par1485) к приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 803н.

 Приложение № 3 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_

Перечень обследования и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

(для направления на программу ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Метод обследования (исследования) | Сроки годности результатов обследования |
| 1. | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий |
| 2. | Флюорография легких | 1 год |
| 3. | Регистрация электрокардиограммы | 1 год |
| 4. | Ультразвуковое исследование молочных желез | 1 год |
| 5. | Маммография (женщинам 40 лет и старше) | 1 год |
| 6. | Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови | 3 месяца |
| 7. | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | 3 месяца |
| 8. | Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | 3 месяца |
| 9. | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови | 3 месяца |
| 10. | Общий (клинический) анализ крови | 1 месяц |
| 11. | Анализ крови биохимический общетерапевтический | 1 месяц |
| 12. | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | 1 месяц |
| 13. | Общий (клинический) анализ мочи | 1 месяц |
| 14. | Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови | при наличии иммуноглобулинов класса M - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен |
| 15. | Определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) | не ограничен |
| 16. | Микроскопическое исследование влагалищных мазков | 1 месяц |
| 17. | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) | 3 месяца |
| 18. | Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) | 1 год |
| 19. | Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2 - 5 день менструального цикла | 6 месяцев |
| 20. | Исследование уровня антимюллерова гормона в крови | 6 месяцев |
| 21. | Спермограмма | 6 месяцев |
| 22. | Консультация врача-терапевта | 1 год |
| 23. | Консультация врача-уролога (донорам спермы) | 1 год |
| 24. | Консультация врача-генетика (по показаниям) | 1 год |
| 25. | Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным) | 1 месяц |
| 26. | Справка из психоневрологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей) | 1 год |
| 27. | Справка из наркологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей) | 1 год |

Штамп МО Приложение № 4 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_

Направление

для проведения программы экстракорпорального

оплодотворения (ЭКО) и (или) переноса криоконсервированных

эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного

медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

 Уникальный номер Направления

на программу ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов

в рамках территориальной программы ОМС

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для

проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента) (возраст пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полис обязательного медицинского страхования пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (СНИЛС пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код диагноза пациента по [МКБ-10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=EPB&n=731991&date=23.10.2020))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

переноса криоконсервированных эмбрионов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

МП

*\*Номер направления (NNN -ГГ-RRRRR) формируется следующим образом:*

*NNN - порядковый номер в журнале направлений (пример 001 (для ЭКО), 001/1 (для КП)*

*ГГ - две последние цифры текущего года (21, если год 2021)*

 *RRRRR - код медицинской организации в системе ОМС*

*пример: 001-21-73872 (ЭКО) или 001/1-21-63254 (КП)*

Приложение № 5 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, выполнившей для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (уникальный номер пациента)\* (дата рождения) (возраст пациента)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

(период проведения ЭКО число, месяц, год)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(руководитель медицинской организации) (подпись) (ФИО)

 М.П.

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Приложение № 6 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ № \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организации

Адрес МО:

Телефон:

Е-mail:

Ф.И.О.:

Дата рождения:

Место жительства:

Контактный тел. пациента:

Пациентка обследована для проведения программы ЭКО/КПЭ

*Жалобы:*

*Аллергологический анамнез* **:**

*Гемотрансфузий:*

*Наследственный анамнез***:**

Lues, туберкулез, гепатиты отрицает.

*Перенесенные болезни:*

*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*:

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

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

**Данные обследования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Инфекция | дата анализа | результат анализа |
|  |  |  |
| Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови  |  |  |
| Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови  |  |  |
| Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови  |  |  |
| Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови |  |  |

*2. Определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)*– дата анализа

*3. Общий (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 (клинический) анализ мочи* - дата анализа

*5. Анализ крови* *биохимический общетерапевтический*- дата анализа.

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

*6. Коагулограмма* *(ориентировочное исследование системы гемостаза)* - дата анализа.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | значение | норма, единицы измерения |
| МНО |  |  |
| протромбиновый индекс |  |  |
| АПТВ (Чувствительное к ВА) |  |  |
| АПТВ (Каолин) |  |  |
| Фибриноген |  |  |
| тромбиновое время |  |  |
| Антитромбин III |  |  |

*7. Гормональное обследование:* дата анализа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гормоны | показатели  | норма, единицы измерения |
| Исследование уровня антимюллерова гормона в крови |  |  |
| Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2 - 5 день менструального цикла |  |  |

*8. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем:* дата анализа

|  |  |
| --- | --- |
| Инфекиця | результат |
| *Mycoplasma genitalium* |  |
| *Chlamydia trachomatis* |  |
| *Trichomonas vaginalis* |  |
| *Neisseria gonorrhoeae* |  |

*9. Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови* - дата анализа.

*10. Микроскопическое исследование влагалищных мазков* – дата анализа.

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

*11. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)*– дата анализа, результат

*12. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное:* - дата исследования, подробное описание.

*13. Регистрация электрокардиограммы*  дата исследования, при наличии каких-либо патологических изменений, консультация врача-кардиолога.

*14. Флюорография легких* дата исследования.

*15. Консультация терапевта:* дата осмотра, заключение.

*16. Ультразвуковое исследование молочных желез*

**-** дата исследования, описание.

*17. Маммография (женщинам 40 лет и старше)* **-** дата исследования, описание.

*18. Консультация врача-генетика (по показаниям):* дата осмотра, заключение.

*19. Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным пациентам):* дата осмотра, заключение.

|  |
| --- |
| *Спермограмма*  *партнера*  Дата: анализа |
| Параметры |  | Норма ВОЗ | Параметры |  | Норма ВОЗ |
| Воздержание  |  | 3-7 дней | Кол-во сперматозоидов в 1 мл |  | > 20 млн/мл  |
| Время разжижения |  | < 60 мин | Кол-во сперматозоид. в эякуляте |  | > 40 млн/мл |
| Обьем эякулята |  | 2-4 мл | Подвижных |  | > 50% |
| Вязкость |  | N | Из них: быстрых прогрессивных «а» |  | > 25 % |
| Цвет |  | серо-молоч. | средних «в» |  |  |
| РН |  | 7,2-7,8 | медленных «с» |  |  |
| Агглютинация |  | нет | неподвижных |  | < 50 % |
| Лейкоциты |  | < 1 млн/мл | Средняя прогрессивная скорость сперматозоид. «а» |  |  |
| Спермоцитограмма |
| Сперматозоиды в нормальной морфологией (Норма ВОЗ> 30 %) |  | Сперматозоиды с патологической морфологией |
|  |  | 1. головки |  |
| сперматиды |  | 2. шейки |  |
| Особенности: |  | 3. хвоста |  |
|  | 4. смешанного типа |  |

Заключение врача-андролога:

**Диагноз:**

**Код по МКБ-X**

Леч. врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Печать лечебного учреждения

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

Приложение № 7 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Журнал выданных направлений и справок о проведении программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ)**

*(заполняется ответственным лицом медицинской организации, направившей пациентку на ЭКО* *и(или) перенос криоконсервированных эмбрионов)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| №  | \*Уникальный номер Направления на программу ЭКО и(или) переноса к/к эмбрионов (КПЭ)в рамках ТП ОМС | ФИОпациента | Возраст/Дата рожде-ния | Адрес проживания | Напра-вившая МО | Дата выдачи Направ-ления | Наименование МО, в которую направляется пациент | Код диагноза по МКБ | Число попыток ЭКО/КПЭ | Наименованиепрограммы:ЭКО/КПЭ(ЭКО, КП) | Дата проведения программы ЭКО/КПЭ | Дата получения Справки из МО проводившей программуЭКО/КПЭ | Результат лечения(+/-) | Дата взятия на учёт по беременности/ МО, где наблю-дается пациентка  | Исход беременностис/а, роды(дата, данные о новорожденном) |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |   |  |  |   |  |  |  |  |  |

 *\*Уникальный номер направления (NNN -ГГ-RRRRR) формируется следующим образом:*

*NNN - порядковый номер в журнале направлений (пример 001 (для ЭКО), 001/1 (для КП)*

*ГГ - две последние цифры текущего года (21, если год 2021)*

 *RRRRR - код медицинской организации в системе ОМС*

*пример: 001-21-73872 (ЭКО) или 001/1-21-63254 (КП)*

Приложение № 8 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчет о направлении и проведении программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ)

(*заполняется медицинской организацией, направившей на программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС(КДП П МГКБ))*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | \*Уникальный номер Направления на программу ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС | Дата рождения пациентки/возраст | Дата направления  | наименованиепрограммы: ЭКО / перенос криоконсервированных эмбрионов  | МО проводившая программу ЭКО / переноса криоконсервированных эмбрионов(Код МО в системе ОМС) | Дата окончания программы ЭКО / переноса криоконсервированных эмбрионов | Результат лечения:/отрицательный//биохимическая беременность// клиническая беременность/ |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |

Приложение № 9 к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Адыгея

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отчет об оказании медицинской помощи женщинам, направленным и получившим программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов**

 *(заполняется медицинской организацией, ежемесячно 1 числа месяца следующего за отчетным )*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2021 г.** | Число женщин, вставших на учет по беременности после ЭКО (заполняется женскими консультациями) | Число родов после ЭКО (заполняется только по данным родильного отделения ЛПУ) | Число детей, родившихся после ЭКО (по данным родильного отделения ЛПУ) |
| всего | в том числе пролеченных по ОМС (полный цикл ЭКО) | в том числе пролеченных по ОМС (криоконсервация) | всего | в том числе пролеченных по ОМС | всего | в том числе пролеченных по ОМС | из детей, родившихся по ОМС: |
| Двоен | Троен и более | 1-ого ребенка | 2-ого ребенка | 3-его ребенка | 4-ого ребенка | 5-ого ребенка | 6-ого ребенка и последующих | неизвестно |
| **Месяц** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 | 7.9 |
| январь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| февраль |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| март |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| апрель |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| май |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| июнь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| июль |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| август |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| сентябрь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| октябрь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| ноябрь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| декабрь |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **ИТОГО** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Женская консультация – заполняет столбцы 1,2,3

Родильное отделение ПЦ – заполняет столбцы с 4 по 7.9

ЦРБ и АМБ – заполняет 1,2,3 (амбулаторная помощь), столбцы с 4 по 7.9 (если роды после ЭКО произошли в данной МО)

**Перечень медицинских организаций,**

**выполняющих программу ЭКО** **и(или) перенос криоконсервированных эмбрионов, из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2021 году**

|  |
| --- |
| из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы ОМС в Республике Адыгея |
| 07608 | ООО **«**Клиника Екатерининская» | 350004, г. Краснодар, ул. Кожевенная, д. 66, телефон: 8(861) 202-0-202 |
| 07587 | ООО совместное предприятие Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «Эмбрио» | 350089, г.Краснодар, ул. им. Генерала И.Л. Шифрина, д. 5, телефон: 8(861)992-26-21 |
| из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной программы ОМС в Краснодарском крае по межтерриториальным расчетам |
| 07606 | Клиника ФГБОУ ВО КУБГМУ Минздрава РФ | 350010, г.Краснодар, ул. Зиповская, д. 4/1, телефон: 8(861) 275-57-67 |
| 07642 | ООО «Мать и дитя Краснодар» | 350075, г.Краснодар, ул. Старокубанская, д. 137, корп. 2, телефон: 8(861) 298 -20 -29 |
| 07068 | ГБУЗ «Детская городская больница города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края | 350012, г.Краснодар, ул. Академика Лукьяненко П.П., д. 97, телефон: 8(861) 222-46-02 |
| 07541 | ГБУЗ «Краевой центр охраны здоровья семьи и репродукции» министерства здравоохранения Краснодарского края | 350007, г.Краснодар, ул. Площадь Победы, д.1, телефоны: 8(861)267-22-13, 8-918-098-59-12 |
| 07622 | ООО «Кубанский медицинский центр» | 350072, г.Краснодар, ул. Армавирская, д. 60, телефон:8(861) 252-14-55 |
| Кроме того, по выбору пациента, в других регионах медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2021 году по межтерриториальным расчетам  |