

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**П Р И К А З**

11.01.2021

№ 5-ор

г. Красноярск

1. В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», учитывая приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – приказ №803н), клиническими рекомендациями «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», направленными письмом министерства Российской Федерации от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1908 (далее – клинические рекомендации по ВРТ), руководствуясь пунктами 3.6, 3.12, 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:

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

осуществлять отбор и направление граждан для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ в соответствии клиническими рекомендациями по ВРТ, клиническими рекомендациями «Мужское бесплодие» 2019 года Российского общества урологов и с настоящим приказом;

ежемесячно до третьего 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: [\[kkkc@pericentr.ru\]](mailto:kkkc@pericentr.ru) согласно приложению № 7;

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

обеспечить своевременную работу в регистре пациентов с бесплодием;

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» В.Н. Янину:

осуществлять работу с базой данных пациентов с бесплодием и мониторингом лечения пациентов с бесплодием;

ежемесячно до четвертого 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;

актуализировать информацию для пациентов об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, размещенную в консультативной поликлинике;

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

6. Консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края Г.А. Шагеевой:

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.

7. 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»;

осуществлять техническое сопровождение работы регистра пациентов с бесплодием.

8. 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 приказом №803н и клиническими рекомендациями по ВРТ;

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

обеспечить заполнение медицинской документации, утвержденной приказом №803н;

ежемесячно до третьего 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;

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

9. Признать утратившими силу приказы министерства здравоохранения Красноярского края от 22.03.2018 № 216-орг и от 19.03.2019 №282-орг.

10. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края М.Ю. Бичурину.

Министр здравоохранения  
Красноярского края



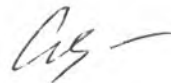
Б.М. Немик

Согласовано  
Заместитель министра здравоохранения  
Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Начальник отдела организации  
педиатрической и акушерско-  
гинекологической помощи



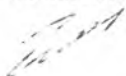
Г.З. Слепнева

Начальник юридического отдела

*в замещении*  


Е.А. Толокина

Подготовили  
Глинская Татьяна Геннадьевна  
Шагеева Галина Александровна





Приложение № 1  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 11.01.2021 № 5-ор

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

1. Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ 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;
- лечебные циклы с использованием донорских яйцеклеток и донорских эмбрионов;
- программа суррогатного материнства;
- биопсия яичка и придатка яичка;
- биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики;
- криоконсервация спермы или биоптата ткани яичка;
- внутриматочная инсеминация спермой мужа или донора;
- подготовка эндометрия перед переносом ранее криоконсервированного эмбриона;
- поддержка лютеиновой фазы.

При выявлении ранних признаков синдрома гиперстимулированных яичников, тромбоэмболических осложнений, признаков воспаления органов репродуктивной системы, кровотечения, ранении сосудов и соседних органов, тонкого эндометрия на фоне стимуляции овуляции (М-ЭХО при ультразвуковом исследовании на день переноса эмбриона 6 мм и менее) перенос эмбрионов не проводится. В таком случае осуществляется криоконсервация эмбрионов. Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется в качестве платной медицинской услуги.

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

При получении избыточного числа эмбрионов может применяться криоконсервация эмбрионов. Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется в качестве платной медицинской услуги.

Криоконсервация избыточного числа эмбрионов и хранение эмбрионов осуществляется по желанию пациента.

2. 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).

3. 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).

4. 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.

5. 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. Электронная почта секретаря Комиссии для справок: [eko.komissia@mail.ru](mailto:eko.komissia@mail.ru).

6. Комиссия в течение 14 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 или пребывания на территории Красноярского края в установленном порядке);

у гражданина отсутствуют показания для лечения;

у гражданина имеются противопоказания для лечения;

не представлено каких-либо из документов, указанных в пункте 5 настоящего приложения.

7. 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.

8. Медицинская организация, представившая 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.

9. Медицинская организация, осуществляющая ВРТ, определяет дату лечения и информирует гражданина по указанному в заявлении гражданина номеру телефона.

В случае неявки направленного гражданина в назначенную дату в течение трех месяцев без уважительной причины, представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, информирует об этом секретаря Комиссии.

Секретарь Комиссии оформляет протокол Комиссии с отказом от лечения в связи с неявкой гражданина на лечение и в течение 5 рабочих дней



направляет его в медицинскую организацию, представившую документы в Комиссию.

10. 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 граждан на обработку персональных данных при лечении по форме согласно приложению № 3 к настоящему приложению;

результаты проведенных медицинских осмотров и исследований граждан.

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.

11. Лечение осуществляется в соответствии с приказом №803н и клиническими рекомендациями по ВРТ, в рамках стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 №556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий».

Предусмотрено 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 перенос ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ. Подготовка эндометрия к переносу эмбрионов в полость матки в таком случае осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

Поддержка лютеиновой фазы после эмбриопереноса осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.



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

13. 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 крайовой клинический центр охраны материнства и детства» для составления индивидуального плана совместного ведения беременности.

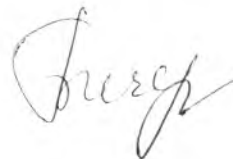
14. Родоразрешение беременной женщины, беременность которой наступила в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, осуществляется в медицинских организациях, определяемых врачебной комиссией консультативной поликлиники краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский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

15. Не предусмотренные при лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ услуги, в том числе: 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; криоконсервация яйцеклеток 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 спермы в качестве платной услуги лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает стимуляцию суперовуляции, получении яйцеклетки, эмбриологический этап, перенос эмбрионов в полость матки.

Заместитель министра  
здравоохранения Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 1  
к организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

**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 интерстициальных 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. Бесплодие, обусловленное сочетанием вышеперечисленных форм женского бесплодия с мужским фактором, а так же бесплодие неясного генеза после полного углубленного клинико-диагностического обследования партнеров.

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

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

1.10. 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.

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

1.12. Отсутствие возможности получения жизнеспособных сперматозоидов (азооспермия, аспермия).

1.13. 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.

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

2. Перечень противопоказаний для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ определен приложением №2 к приказу №803н.

Для решения вопроса о возможности вынашивания беременности, проведения лечения методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, получения гормональной терапии женщины с тяжелой соматической патологией жителя г. Красноярска направляются на консультацию к смежному специалисту консультативно-диагностического отделения КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом №4», а при наличии показаний – в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», жители края - в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», при наличии психических расстройств, в том числе в анамнезе, - в КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», при наличии в анамнезе туберкулеза - в КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», при наличии онкологического заболевания, в том числе в анамнезе, - в КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского».

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, проведения лечения методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ, получения гормональной терапии половыми стероидами осуществляется врачебной комиссией данных учреждений.

Заместитель министра  
здравоохранения Красноярского края



М.Ю. Бичурина

Приложение № 2  
к организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

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

Министру здравоохранения  
Красноярского края  
Б.М. Немику

\_\_\_\_\_  
(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.

\_\_\_\_\_  
(Указать медицинскую организацию в случае наличия выбора пациента)

**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 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 и информировать врача репродуктолога медицинской организации, осуществляющей ВРТ, о результате лечения.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Я информирована, что моя неявка на лечение в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, по истечении трех месяцев от даты, назначенной медицинской организацией, расценивается как отказ от лечения.

В таком случае, на основании информации, представленной медицинской организацией, осуществляющей ВРТ, Комиссией оформляется протокол заседания Комиссии по отбору граждан для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ с отказом от лечения и исключении меня из «листа ожидания» пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

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

**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 \_\_\_\_\_

СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

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

Диагноз сопутствующий (подробный по 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 соответствии 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		
ТТГ		
АткТПО		
АМГ		

## 8. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекции	Результат
Neisseria gonorrhoeae	
Trichomonas vaginalis	
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Papilloma virus 16 и 18 типа	
Cytomegalovirus	
Herpes simplex virus 1,2	

## 9. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
краснуха		

## 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			
Спермоцитогамма					
Сперматозоиды	в	нормальной	Сперматозоиды	с	патологической



морфологией		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
Neisseria gonorrhoeae	
Trichomonas vaginalis	
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

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

5. Микроскопическое исследование отделяемого половых органов.

6. 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 организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

**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 и (или) переноса  
криоконсервированных эмбрионов**

от « » 20 г.

№

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. направляемого гражданина)

\_\_\_\_\_ (дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_ лет (возраст пациента)

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

\_\_\_\_\_ (СМО, № полиса ОМС)

\_\_\_\_\_ (СНИЛС)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации по месту жительства)

\_\_\_\_\_ (код диагноза по МКБ)

\_\_\_\_\_ первичное/повторное

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организаций, оказывающих услуги с использованием ВРТ)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

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

Лечащий врач (ФИО/подпись)

Заведующий женской консультацией (поликлиникой) или Главный врач (ФИО/подпись):

Печать лечебного учреждения

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Приложение № 6  
к организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

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

1. При подготовке к ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ мужчине и женщине проводится обследование в соответствии с клиническими рекомендациями «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», направленными письмом министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019 №15-4/И/2-1913, «Мужское бесплодие» 2019 года Российского общества урологов.

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

3. Перечень обследования женщины для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ.

3.1. Общий гинекологический осмотр.

3.2. Ультразвуковое исследование органов малого таза на 3-7 день менструального цикла с определением количества антральных фолликулов (срок действия – шесть месяцев) и за 14 дней до стимуляции суперовуляции.

3.3. Оценка состояния органов малого таза путём гистероскопии, гистеросальпингографии, соногистеросальпингографии, по показаниям – лапароскопия, биопсия эндометрия на 7-11 день менструального цикла (срок действия – 1 год).

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

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.

При бесплодии, связанном с мужским фактором, проведение оценка проходимости маточных труб методом гистеросальпингографии и/или соногистеросальпингографии выполняется по показаниям со стороны женщины.

3.4. Кольпоскопия (срок действия при отсутствии патологии – 1 год, при наличии патологии в анамнезе - не более шести месяцев. При обследовании учитывать клинические рекомендации «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака», направленные письмом министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.11.2017 №15-4/10/2-7676).

3.5. Ультразвуковое исследование молочных желез (срок действия при отсутствии патологии – 1 год, при наличии и в анамнезе - не более шести месяцев).

Маммография проводится женщинам 40 лет и старше, при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия не более одного года). При наличии признаков патологии молочных желез – по показаниям с учетом клинических рекомендаций «Доброкачественная дисплазия молочной железы», направленные письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2018 №15-4/10/2-7235, приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 06.08.2019 №936-орг) - заключение онколога - маммолога.

3.6. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок действия при отсутствии изменений не более одного года, срок действия при наличии изменений не более шести месяцев).

3.7. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (срок действия при отсутствии изменений не более одного года, срок действия при наличии изменений не более шести месяцев).

3.8. Анализ крови на ФСГ, АМГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, тестостерон, ТТГ (в 1 фазу цикла), Антитела к тиреопероксидазе (срок действия не более одного года).

3.9. Анализ крови на ФСГ, АМГ непосредственен но перед ЭКО (срок действия не более 6 месяцев)

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

3.11. Цитологическое исследование мазков шейки матки (срок действия не более одного года).

3.12. Исследование на наличие урогенитальных инфекций - уреаплазму, микоплазму (*genitalium*), ВПЧ 16/18 типов, цитомегаловирус, вирус простого герпеса); методом полимеразноцепной реакции (срок действия – 1 год).

3.13. Исследование на наличие урогенитальных инфекций - *Neisseria gonorrhoeae*, *trichomonas vaginalis*, хламидии, микоплазма *genitalium* методом полимеразноцепной реакции (срок действия на этапе обследования – не более 1 года, непосредственно перед ЭКО – не более трех месяцев).



3.12. Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на определение антител IgG и IgM к вирусу краснухи (при достаточном иммунитете – однократно, при отсутствии иммунитета – вакцинация не ранее, чем за три месяца до лечения).

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

3.14. Определение группы крови и резус-фактора (срок – не ограничен).

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

3.16. Биохимический анализ крови (срок действия – 1 месяц).

3.17. Коагулограмма или гемостазиограмма (срок действия – 1 месяц).

3.18. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (с учетом заключений врачей-специалистов по показаниям) (срок действия при отсутствии патологии – 1 год, при наличии патологии - не более шести месяцев).

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

3.20. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия при отсутствии изменений не более одного года, срок действия при наличии изменений не более шести месяцев).

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

3.22. 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.

3.23. 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 – шесть 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 (срок – не ограничен).

4.4. Ультразвуковое исследование предстательной железы и мошонки, (срок действия при отсутствии изменений не более одного года, срок действия при наличии изменений 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 (*Neisseria gonorrhoeae*, *trichomonas vaginalis*, хламидии, микоплазму *genitalium* (срок действия не более трех месяцев); уреоплазму (срок действия не более одного года).

4.6. Микроскопическое исследование отделяемого половых органов (срок действия не более 10 дней).

5. При проведении переноса ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ необходимо обследование мужчины только на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более трех месяцев), и мазок на флору (срок действия – 10 дней).

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, и исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более трех месяцев), и мазок на флору (срок действия – 10 дней).

Приложение № 7  
к организации оказания  
гражданам медицинской  
помощи по лечению  
бесплодия  
с использованием  
вспомогательных  
репродуктивных  
технологий методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

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

**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, тромбозмболических 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 в таком случае осуществляется на основании заявления гражданина, получающего лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ. Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется в качестве платной медицинской услуги

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 1 эмбриона). Решение о переносе 2 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 по желанию пациентки осуществляется криоконсервация избыточного числа эмбрионов.

Хранение эмбрионов осуществляется 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 перенос криоконсервированных эмбрионов осуществляется после предварительной подготовки эндометрия. Предварительная подготовка эндометрия в таком случае осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

При использовании услуги донорской спермы в качестве платной услуги лечение бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ включает стимуляцию суперовуляции, получении 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 в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

10. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии.

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.

Приложение № 2  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 11.09.2021 № 5-ор

### Состав

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

- Шагеева Галина Александровна - 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 - заведующий кафедрой 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 крайевой клинический центр охраны материнства и детства» (по согласованию)
- Бауров Павел Петрович - заведующий консультативной поликлиникой краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский крайевой клинический центр охраны материнства и детства» (по согласованию)
- Бирюкова Юлия Александровна - врач уролог общества с ограниченной ответственностью «Красноярский центр репродуктивной медицины» (по согласованию)
- Гарбер Юлия Григорьевна - заместитель главного врача по родовспоможению краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский крайевой клинический центр охраны материнства и детства» (по согласованию)
- Дзелдзайн Марина Викторовна - врач акушер-гинеколог краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» (по согласованию)
- Зайцева Марина Николаевна - главный врач общества с ограниченной ответственностью «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца», врач акушер-гинеколог (по согласованию)
- Климатова Елена Ивановна - заведующая клинико-диагностического отделения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» (по согласованию)
- Махалова Наталья Анатольевна - врач акушер-гинеколог репродуктолог общества с ограниченной ответственностью «Красноярский центр репродуктивной

медицины» (по согласованию)

Носкова  
Елена Викторовна

- Главный специалист управления организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края (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)

Сыромятникова  
Светлана Анатольевна

- директор общества с ограниченной ответственностью «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца», врач акушер-гинеколог (по согласованию)

Заместитель министра  
здравоохранения Красноярского края

 М.Ю. Бичурина

Приложение № 3  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 11.01.2021 № 5-ор

**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 в четверг один раз в две недели 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;



Приложение № 1  
к Положению о комиссии  
по отбору граждан для  
лечения бесплодия с  
использованием ВРТ  
методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

**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 подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации

Приложение № 2  
к Положению о комиссии  
по отбору граждан для  
лечения бесплодия с  
использованием ВРТ методом  
ЭКО/ЭКО+ИКСИ

**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, предположительную 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 № 4  
 к приказу министерства  
 здравоохранения  
 Красноярского края  
 от 11.01.2011 № 5-пр

**Форма отчета по результатам оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия  
 с использованием ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ**

Наименование медицинской организации, осуществляющей ВРТ \_\_\_\_\_

период \_\_\_\_\_  
 (указывается месяц/год)

ФИО пациента, поступившего на программу ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ	Дата вступления в программу ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ	Осложнения при проведении ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ (синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление, травма сосудов и соседних органов) недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции	Результат (беременность маточная, беременность внематочная, беременность многоплодная, беременность не наступила)

Количество пациентов, находящихся в лечебных циклах на данный момент \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_  
 \*предоставляется ежемесячно до третьего числа месяца, следующего за отчетным, медицинскими организациями, осуществляющими ВРТ, в Комиссию по отбору граждан к проведению ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ

Приложение № 5  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 11.01.2021 № 5-оп

**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 четвертого 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 № 7  
к приказу министерства  
здравоохранения  
Красноярского края  
от 11.01.2021 № 5-ор

**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 11.01.2021 № 5-0/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 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 индукции суперовуляции и поддержки лютеиновой фазы цикла

№ к/п \_\_\_\_\_ № попытки \_\_\_\_\_  
 Анализ крови на ХГ (тест на беременность) \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ час. (натощак)  
 УЗИ диагностика беременности \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациентки \_\_\_\_\_

Дата (число)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
День цикла																												
Наименование лекарственных препаратов (по вертикали) В соответствии перечнем лекарственных препаратов, утвержденным приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 №556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»	21																											



### 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 \_\_\_\_\_

## Протокол трансвагинальной пункции фолликулов

№ к/п \_\_\_\_\_

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

Ф.И.О.пациентки

Дата	Время	День цикла	

Жалобы \_\_\_\_\_  
 Состояние \_\_\_\_\_, Кожные покровы и видимые  
 Пульс \_\_\_\_\_ уд./мин. АД \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм рт. ст. t \_\_\_\_\_ С°.

Пункция фолликулов трансвагинальным доступом

Пунктировано		Особенности операции:
Промыто		
Ооцитов		

Врач:

Протокол анестезиологического пособия « _____ » _____ 20 _____ г. _____ ч. _____ мин. Анамнез: Аллергические реакции _____ _____ _____ Ранее психотропных и наркотических средств не принимала. Противопоказаний к анестезии не выявлено. Риск анестезии _____ по МАА Во время анестезии введено: в/м _____ мл. в/в Диприван (Пропофол) _____ мг. дробно Течение анестезии _____ _____ _____ Проснулась на столе. Переведена в палату под наблюдение медицинского персонала. Сознание ясное, активна, адекватна. Мышечный тонус восстановлен.	<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.						

Врач анестезиолог: \_\_\_\_\_



КСГ	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 \_\_\_\_\_

## 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  \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

