



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### П Р И К А З

16.01.17

№ 40

#### **Об организации работы по направлению пациентов для проведения процедуры ЭКО**

В целях организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО в рамках базовой программы ОМС

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Утвердить:

1.1 Состав комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС (далее - Комиссия), согласно приложению №1 к настоящему приказу.

1.2 Положение о деятельности Комиссии согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3 Форму протокола заседания Комиссии согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4 Форму заявления пациента для проведения ЭКО в рамках базовой программы ОМС согласно приложению №4 к настоящему приказу.

1.5 Форму выписки из амбулаторной карты пациента, направленного для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, согласно приложению №5 к настоящему приказу.

1.6 Форму отчета мониторинга беременности и исхода родов после проведения ЭКО согласно приложению №6 к настоящему приказу.

1.7 Форму регистра бесплодных супружеских пар согласно приложению №7 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Рязанской области, в пределах компетенции:

2.1 Обеспечить предоставление информации населению о порядке направления пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС.

2.2 Организовать направление пациентов, нуждающихся в проведения процедуры ЭКО, на Комиссию с обязательным оформлением выписки по форме согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2.3 Обеспечить ежемесячное представление отчета мониторинга беременности и исхода родов после проведения ЭКО по форме согласно приложению №6 к настоящему приказу в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, в отдел организации оказания акушерско-гинекологической помощи министерства на адрес электронной почты: [agr\\_minzdrav@mail.ru](mailto:agr_minzdrav@mail.ru);

2.4 Обеспечить ежемесячное представление регистра бесплодных супружеских пар по форме согласно приложению №7 к настоящему приказу в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, в ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр» главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Минздрава Рязанской области (Замахина Л.О.) на адрес электронной почты: [zam35@yandex.ru](mailto:zam35@yandex.ru);

3. Главному врачу ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр» (Петрова Е.И.) обеспечить представление обобщенного регистра бесплодных супружеских пар по форме согласно приложению №6 к настоящему приказу в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным, в отдел организации оказания акушерско-гинекологической помощи министерства на адрес электронной почты: [agr\\_minzdrav@mail.ru](mailto:agr_minzdrav@mail.ru).

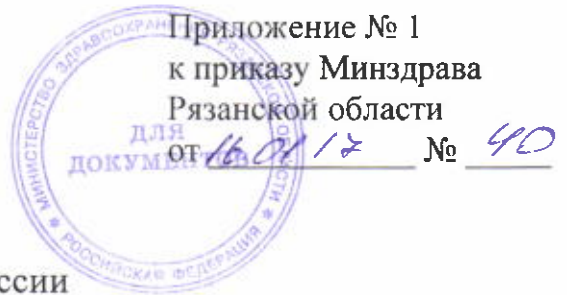
4. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Рязанской области от 28.03.2013 №368 «Об организации работы по направлению пациентов, проживающих на территории Рязанской области, для проведения процедуры ЭКО».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра О.В. Митина.

Министр



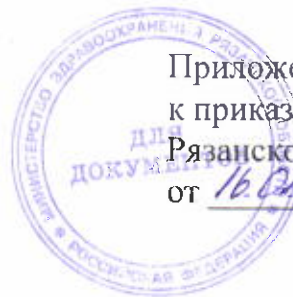
А.А. Прилуцкий



### Состав Комиссии

по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС

Митин Олег Васильевич	заместитель министра здравоохранения Рязанской области, председатель комиссии
Бесова Надежда Георгиевна	начальник отдела организации высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи министерства здравоохранения Рязанской области
Спивак Сергей Борисович	начальник отдела организации оказания акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Рязанской области
Шевлякова Тамара Валерьевна	заведующая дистанционным акушерским консультативным центром ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Рязанской области.
Замахина Любовь Олеговна	и.о. заведующей консультативно-диагностической поликлиникой ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр», главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Минздрава Рязанской области
Ясевич Юлиана Александровна	ведущий эксперт отдела организации оказания акушерско-гинекологической помощи, секретарь



Приложение № 2  
к приказу Минздрава  
Рязанской области  
от 16.02.17 № 40

## Положение о деятельности Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС

### I. Общие положения

Комиссия по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС (далее – Комиссия) создается при министерстве здравоохранения Рязанской области.

Состав Комиссии утверждается приказом министерства здравоохранения Рязанской области.

### II. Функции Комиссии

Основной задачей Комиссии является формирование и упорядочивание потока пациентов для проведения ЭКО путем составления листов ожидания и контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия методом ЭКО.

Решение Комиссии является основанием для направления пациента для проведения процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования.

### III. Деятельность Комиссии

Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже 2 раз в месяц.

Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 членов Комиссии.

Решением Комиссии является направление или отказ в направлении пациента на проведение процедуры ЭКО за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области.

Решение Комиссии принимается большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании. При равенстве голосов голос председателя комиссии является решающим.

Решение Комиссии оформляется протоколом по форме в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу.

В своей деятельности Комиссия руководствуется нормативными правовыми документами Правительства Российской Федерации, Министерства

здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения Рязанской области.

Основанием для рассмотрения Комиссией вопроса о направлении на проведение процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС является заявление пациента на имя председателя Комиссии.

При обращении пациента в Комиссию для направления на проведение процедуры ЭКО, ему предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО и участвующих в реализации программ ОМС. Выбранная медицинская организация указывается пациентом в заявлении.

После приема документов Комиссия вносит пациента в лист ожидания. Электронная версия листа ожидания размещается на официальном сайте министерства с указанием шифра пациента без персональных данных.

После принятия Комиссией решения о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, пациенту в трехдневный срок после заседания выдается направление на проведение ЭКО в выбранную им медицинскую организацию.

Первые экземпляры протокола решения Комиссии и направления на проведение ЭКО в рамках базовой программы ОМС выдается пациенту.

Вторые экземпляры протокола решения Комиссии и направления, а также пакет документов пациента хранятся в министерстве здравоохранения Рязанской области в течение 5 лет.

Комиссия осуществляет учет выданных направлений и полученных сведений о проведении ЭКО.



Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

заседания Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС

Комиссия по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС на основании представленных документов решила следующее:

Шифр пациента	Ф.И.О.	Дата рождения	Домашний адрес, конт. телефон	Основной диагноз Код диагноза по МКБ-10	Решение комиссии

Председатель комиссии  
Члены комиссии  
Секретарь



Приложение № 4  
к приказу Минздрава  
Рязанской области  
от 16.01.17 № 40

Председателю Комиссии по отбору  
пациентов для проведения  
процедуры ЭКО в рамках базовой  
программы ОМС  
О.В. Митину

\_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

\_\_\_\_\_  
проживающей по адресу:

\_\_\_\_\_  
мобильный телефон

**заявление.**

Прошу рассмотреть представленные мною документы для оказания  
медицинской помощи с применением ЭКО в рамках базовой программы ОМС в

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

**Приложение:**

- копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
- один экземпляр выписки из медицинской карты амбулаторного больного;
- копия полиса обязательного медицинского страхования;
- копия СНИЛС

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

В Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи по программе ЭКО

1. Дата рождения \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

2. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

3. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса страхового медицинского обязательного страхования граждан пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

8. Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений (предупреждена).

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласна.

Срок действия Заявления – один год с даты подписания.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_

Принял

\_\_\_\_\_ (дата приема заявления)

\_\_\_\_\_ (подпись специалиста)





**ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ**

*(Полное наименование медицинской организации (далее - МО), направившей пациента)*

Адрес учреждения: *(указать полный адрес МО)*  
Телефон: *(указать телефон МО с кодом города)*  
E-mail:

Ф.И.О. *(указать ФИО пациента)*  
Дата рождения: *(указать дату рождения пациента)*  
Место жительства: *(указать место жительства)*  
Контактный телефон: *(указать контактный телефона пациента)*

Пациентка *ФИО*, *возраст* направляется для проведения лечебного цикла ЭКО за счет средств территориального фонда ОМС Рязанской области

**Жалобы:** *(указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данной МО).*

**Аллергологический анамнез:**

**Гемотрансфузии:**

**Наследственный анамнез:**

**Инфекционные заболевания, в т.ч. Лиес, туберкулез, гепатиты:**

**Перенесенные болезни:** *Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при половой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).*

**Менструальная функция:**

**Семейный анамнез:**

**Контрацепция:**

**Гинекологические заболевания и перенесенные операции:**

Год	Диагноз	Объем оперативного вмешательства

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

Год	Беременность	Особенности течения

*Попытки ЭКО: дата проведения, результат*

**Данные обследования**

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ ( <i>действителен 6 месяцев</i> )	отр.		
Сифилис ( <i>действителен 21 день</i> )	отр.	отр.	отр.
Гепатит В ( <i>действителен 21 день</i> )	отр.		
Гепатит С ( <i>действителен 42 дня</i> )	отр.		

**ВНИМАНИЕ!** Во исполнение приказа МЗ РФ от 26.03.2001 г. № 87 «О совершенствовании серодиагностики сифилиса» предусмотрено осуществление замены комплекса серологических реакций (КСР) на специфические тесты:

- Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)
- Иммуноферментный анализ (ИФА),

которые являются более высокочувствительными и менее трудоемкими тест-системами, используемыми в качестве отборочных и подтвержденных тестов для диагностики сифилиса.

Пациентки, которые в анамнезе перенесли Lues, могут получить положительный результат методом ИФА.

При получении положительного результата *необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение!*

Пациентка приезжает на ЭКО с подлинником заключения кожно-венерологического диспансера (с печатью)!

**Группа крови резус фактор:** дата анализа, 0 (I) Rh (+) положительный

**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		

**Общий анализ мочи:** дата анализа

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

**Биохимический анализ крови:** дата анализа

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

**Коагулограмма:** дата анализа

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

Заключение: ....

Возможно проведение тех показателей коагулограммы, которые проводятся по месту жительства. При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

**Гормональное обследование:** дата анализа

Гормоны на 2–5-й день менстр. цикла:	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Е2		
пролактин		
кортизол		
тестостерон		
СТГ		
Т3		
Т4		
ТТГ		
АМГ (обязательно!)		
Прогестерон на 21–23-й день цикла, дата анализа - ...		

**ПЦР анализ на ЗППП:** дата анализа

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

**Исследование сыворотки крови методом ИФА:** дата анализа

Инфекции	Ig M	Ig G, единицы измерения
ЦМВИ	отр.	
ВПГ 1 и 2 типа	отр.	
краснуха	отр.	
токсоплазмоз	отр.	

**Мазок на флору:** дата анализа

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

**Кольпоскопия:** дата анализа    *результат описать*

**Мазок на онкоцитологию:** дата анализа    *результат описать*

**Гистеросальпингография** (при подозрении на трубно-перитонеальный генез бесплодия или бесплодия неясного генеза): дата анализа    *Описание: ..... Заключение: ....*

**УЗИ органов малого таза на 5-7 день менструального цикла:** дата исследования

*Описание: Матка – положение, размеры, эхоструктура миометрия.*

*Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:*

- наличие миоматозного узла любой локализации и размера, деформирующего полость матки;
- наличие миоматозного узла любой локализации размером более 3 см.

**Эндометрий** – размер, эхоструктура.

*Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:*

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

**Яичники** – положение, размеры, количество фолликулов.

*Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:*

- наличие любых объемных образований яичников (эндометриоидная, дермоидная киста; функциональная киста 2 см и более на 5-7 дни цикла).

**Наличие гидросальпинкса (одно- и двухстороннего) является противопоказанием для проведения лечебного цикла ЭКО и требует хирургического лечения!**

*Заключение: органической патологии не выявлено (синдром поликистоза яичников; миома матки небольших размеров, не деформирующая полость матки, с максимальными размерами узла менее 3 см.).*

**ЭКГ:** дата исследования

*Описание: ритм синусовый. Заключение: патологии не выявлено.*

**Консультация кардиолога** (при выявлении патологии): дата осмотра

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

**ФЛГ:** дата исследования

*Заключение: патологии не выявлено.*

**Консультация терапевта (обязательна для всех пациенток!):** дата осмотра

*Диагноз: Практически здорова. (При выявлении патологии указать диагноз: хр. пиелонефрит в стадии ремиссии, дискинезия желчевыводящих путей и т.п.).*

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

**УЗИ молочных желез (для пациентов до 40 лет):** дата исследования

Описание:.... Заключение: Патологии не выявлено.

**Маммография (для пациентов после 40 лет):** дата исследования

Описание:.... Заключение: Патологии не выявлено.

**При проведении объективного обследования и выявлении патологии молочных желез рекомендовано дополнительное обследование:**

**Консультация маммолога:** дата осмотра:

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

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

Описание:.... Заключение: Патологии не выявлено.

**Консультация эндокринолога:** дата осмотра (действительно 1 месяц)

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

**При наличии экстрагенитального заболевания - консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности**

**Муж:** ФИО, возраст

Здоров; Брак – 1,2..., наличие детей в данном или предыдущем браке

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ (действителен 6 месяцев)	отр.		
Сифилис (действителен 21 день)	отр.	отр.	отр.
Гепатит В (действителен 21 день)	отр.		
Гепатит С (действителен 42 дня)	отр.		

*В отношении перенесенного сифилиса обследование по вышеизложенным рекомендациям.*

**ПЦР анализ на ЗППП:** дата анализа

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

**Исследование сыворотки крови методом ИФА:** дата анализа

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ		
ВПГ 1 и 2 типа		
хламидии		

**Спермограмма:** дата анализа

Параметры	Показатели	Норма ВОЗ	Параметры	Показатели	Норма ВОЗ
Воздержание		2-5 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		≥ 20 млн/мл
Время		< 60 мин	Кол-во сперматозоидов в		≥ 40 млн/мл

разжижения			эякуляте		
Объем эякулята		2-4 мл	Подвижных (а+в)		≥ 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 сперматозоидов «а»		
Спермоцитограмма					
Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ ≥ 30%)			Сперматозоиды с патологической морфологией		
Сперматиды			1. головки		
			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		

Заключение: Нормозооспермия.

Консультация уролога / уролога-андролога: дата осмотра

Диагноз: ....

Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО нет.

Диагноз (пример!):

*Бесплодие I (II), связанное с трубным фактором, / (Код по МКБ-10: N97.1).*

*(В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания!)*

*(Пример!):*

*Миома матки (форма).*

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

*Состояние после резекции яичников, каутеризации яичников.*

*Состояние после удаления придатков матки справа / слева.*

*Экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени.*

*Аутоиммунный тиреозит. Эутиреоз.*

*Мужской фактор бесплодия (олиго-астено-тератозооспермия).*

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_

Руководитель МО \_\_\_\_\_

(Печать МО)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



Приложение № 6  
к приказу Минздрава  
Рязанской области  
от 16.01.12 № 40

### Мониторинг беременности и исхода родов после проведения процедуры ЭКО

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

за период с 01.01 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО пациентки, состоящей на учете по беременности после ЭКО	Наименование медицинской организации, в которой проводилось ЭКО	Срок беременности/ Исход беременности
1.			
2.			

ФИО исполнителя  
Конт. телефон

\* отчет подается ежемесячно нарастающим итогом до 5 числа месяца, следующего за отчетным, на адрес электронной почты: [agr\\_minzdrav@mail.ru](mailto:agr_minzdrav@mail.ru);

\*\* в отчет включаются все беременные состоящие на учете после ЭКО, независимо от того за счет каких средств проведено ЭКО.



Приложение № 7  
к приказу Минздрава  
Рязанской области  
от 16.01.14 № 40

### Регистр бесплодных супружеских пар

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

по состоянию на \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. женщины Год рождения	Место жительства	Ф.И.О. партнера Год рождения	Фактор бесплодия (код по МКБ-Х)	Длительность бесплодия/ Дата постановки на Д-учет

Руководитель МО (ФИО) \_\_\_\_\_ (Подпись)

ФИО исполнителя  
Конг. телефон

\* отчет предоставляется медицинскими организациями в ГБУ РО «ОКПЦ» ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, на адрес электронной почты: zam35@yandex.ru;  
\*\* обобщенный отчет представляется ГБУ РО «ОКПЦ» в министерство до 10 числа месяца, следующего за отчетным, на адрес электронной почты: agr\_minzdrav@mail.ru