



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(Минздрав Удмуртии)

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

11.01.2021

№ 01

г. Ижевск

**Об организации медицинской помощи при бесплодии  
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий  
в рамках территориальной программы  
обязательного медицинского страхования  
в Удмуртской Республике**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению» (далее - приказ МЗ РФ от 31.07.2020 года № 803н), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 года № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» (далее - приказ МЗ РФ от 30.10.2012г. №556н), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.08.2017 года № 525н «О внесении изменений в стандарт медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 года № 556н» (далее - приказ МЗ РФ от 17.08.2017г. №526н), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.02.2018 года № 42н «О внесении изменения в стандарт медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 года № 556н (далее - приказ МЗ РФ от 01.02.2018г. №42н), клинических рекомендаций (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» от 05.03.2019 № 15-4/и/2-1913 (далее - клинические рекомендации «Женское бесплодие») с целью организации работы по направлению в медицинские организации граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Удмуртской Республики, нуждающихся в проведении программ вспомогательных репродуктивных технологий (далее - программ ЭКО) и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов (далее - криоперенос) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского

страхования в Удмуртской Республике (далее - Территориальная программа ОМС).

1. Утвердить:

1.1. порядок отбора и направления пациентов для проведения программ ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС согласно приложению 1 к настоящему распоряжению;

1.2. порядок организации проведения программ ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в медицинских организациях Удмуртской Республики согласно приложению 2 к настоящему распоряжению;

1.3. состав Комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС (далее - Комиссия) согласно приложению 3 к настоящему распоряжению;

1.4. положение о Комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору пациентов для проведения программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС согласно приложению 4 к настоящему распоряжению;

1.5. форму «Выписка из амбулаторной карты пациента» с перечнем основных и дополнительных обследований (далее - Выписка) согласно приложению 5 к настоящему распоряжению;

1.6. Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации согласно приложению 6 к настоящему распоряжению;

1.7. форму «Протокол решения Комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору пациентов для проведения программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС» (далее - Протокол) согласно приложению 7 к настоящему распоряжению;

1.8. форму «Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС» (далее - Направление) согласно приложению 8 к настоящему распоряжению;

1.9. форму «Журнал регистрации направлений для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС» согласно приложению 9 к настоящему распоряжению;

1.10. форму «Заключение врача акушера гинеколога медицинской организации выполняющей программы ЭКО и (или) криоперенос в рамках Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике» (далее - Заключение) согласно приложению 10 к настоящему распоряжению;

1.11. форму «Заявление о согласии на обработку персональных данных» согласно приложению 11 к настоящему распоряжению;

1.12. форму «Информированное добровольное согласие на применение ВРТ» согласно приложению 12 к настоящему распоряжению;

1.13. форму «Справка о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбриона в рамках Территориальной программы ОМС» (далее - Справка) согласно приложению 13 к настоящему распоряжению;

1.14. форму «Лист ожидания на программу ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС» согласно приложению 14 к настоящему распоряжению;

1.15. форму «Отчет по проведенным программам ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбриона в рамках территориальной программы ОМС» согласно приложению 15 к настоящему распоряжению;

1.16. форму «Отчет-реестр бесплодных пар Удмуртской республики» согласно приложению 16 к настоящему распоряжению.

1.17. форму «Отчет по выданным направлениям на проведения программ ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС» согласно приложению 17 к настоящему распоряжению;

1.18. форму «Отчет по исходам беременностей после программ ЭКО и (или) криопереносов в рамках Территориальной программы ОМС» согласно приложению 18 к настоящему приложению.

1.19. форму «Отчет по родам после использования программ ВРТ» согласно приложению 19 к настоящему приложению.

1.20. форму «Отчет о пациентах с осложнениями программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, получавших стационарное или амбулаторное лечение (нужное подчеркнуть)»

2. Управлению медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (далее - Управление) обеспечить контроль за работой Комиссии.

3. Секретарю Комиссии МЗ УР организовать и обеспечить:

3.1. ведение учета выданных направлений на проведение программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС;

3.2. ведение электронной версии листа ожидания на проведение программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС согласно приложению 14 к настоящему распоряжению;

3.3. ведение мониторинга оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении ЭКО в рамках территориальной программы ОМС, согласно приложениям 15,16,17,18 к настоящему распоряжению;

3.4. предоставление результатов мониторинга оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении программ ЭКО и (или) криопереноса в Комиссию по разработке Территориальной программы ОМС и Территориальный фонд ОМС, начальнику Управления согласно приложениям 15,16, 17,18 к настоящему распоряжению.

4. Руководителям медицинских организаций Удмуртской Республики, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, осуществляющих деятельность в

сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе ОМС Удмуртской Республики, независимо от форм собственности:

4.1. обеспечить обследование и подготовку пациентов для оказания медицинской помощи с использованием программ ЭКО гражданам Российской Федерации, зарегистрированным на территории Удмуртской Республики, нуждающимся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса, в рамках Территориальной программы ОМС согласно приказу МЗ РФ от 31.07.2020 г. № 803н, клиническим рекомендациям «Женское бесплодие» с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с настоящим распоряжением;

4.2. обеспечить обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ;

4.3. назначить лиц, ответственных за отбор и направление пациентов на программу ЭКО и (или) криоперенос в рамках Территориальной программы ОМС, и представление документов пациента на Комиссии МЗ УР (далее - Ответственное лицо);

4.4. представить приказ о назначении Ответственного Лица с указанием контактных данных (телефон, электронный адрес) в Управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Удмуртской республики (далее - Управление) в течение 10 рабочих дней с момента издания настоящего распоряжения;

4.5. обеспечить регистрацию и первичную проверку медицинских документов пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС Ответственным Лицом;

4.6. обеспечить правильное оформление и достоверность данных, указанных в выписке из амбулаторной карты пациента, данных лабораторных исследований в соответствии с приложением 5 и 6 к настоящему распоряжению;

4.7. организовать наблюдение женщины при наступлении беременности в результате программы ЭКО и (или) криопереноса (при необходимости - консультация специалистов медицинской организации, в которой проведена программа ЭКО и/или криоперенос) с обязательным контролем и консультативным осмотром заведующей женской консультацией или районного акушера-гинеколога в критические сроки беременности (12, 20, 30 недель);

4.8. организовать госпитализацию пациенток с осложнениями после проведения программы ЭКО, в том числе беременных и родильниц:

- в Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее - БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР»);

4.9. организовать госпитализацию пациенток с венозными тромбозомболическими осложнениями и патологией сердечно-сосудистой

системы после проведения программы ЭКО, в том числе беременных и родильниц:

- в Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинико-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее - БУЗ УР «ГКБ №9 МЗ УР»;

4.10. обеспечить предоставление информации о выданных направлениях согласно приложению 17 к настоящему распоряжению в Управление в установленном порядке по электронной почте ([det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)), а также главному специалисту по планированию семьи и репродуктивному здоровью по электронной почте ([ivf@rkbl.udm.ru](mailto:ivf@rkbl.udm.ru)) в формате Excel ежемесячно в срок до 5-го числа, месяца, следующего за отчетным;

4.11. обеспечить предоставление информации об исходах беременности и родов, наступивших в результате проведенной программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС в соответствии с приложением 18 и 19 к настоящему распоряжению в установленном порядке по электронной почте ([det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)), а также главному специалисту по планированию семьи и репродуктивному здоровью по электронной почте ([ivf@rkbl.udm.ru](mailto:ivf@rkbl.udm.ru)) в формате Excel ежемесячно в срок до 5-го числа, месяца, следующего за отчетным;

4.12. обеспечить предоставление информации о реестре женщин с бесплодием, нуждающихся в проведении программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС в соответствии с приложением 16 к настоящему распоряжению в Управление в установленном порядке и дополнительно по электронной почте ([ivf@rkbl.udm.ru](mailto:ivf@rkbl.udm.ru)) в формате Excel один раз в год (до 1 января следующего за отчетным года).

5. Главным врачам БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» и БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» обеспечить:

5.1. оказание медицинской помощи пациенткам, беременным и родильницам с осложнениями после проведения программы ЭКО в соответствии с п. 4.8, настоящего распоряжения;

6. Руководителям медицинских организаций, независимо от форм собственности, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи по акушерству и гинекологии (исключая использование ВРТ) в амбулаторных условиях, и лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) при оказании специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи по акушерству и гинекологии (использование ВРТ) в условиях дневного стационара (круглосуточного стационара), осуществляющих проведение программы ЭКО и (или) криоперенос в объемах предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике, организовать:

6.1. оказание медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса, в рамках

Территориальной программы ОМС согласно приказу МЗ РФ от 31.07.2020г. №803н, приказу МЗ РФ от 30.10.2012г. №556н, приказу МЗ РФ от 17.08.2017г. №525н, клиническим рекомендациям «ВРТ» с учетом стандартов медицинской помощи, а так же в соответствии с настоящим распоряжением;

6.2. госпитализацию беременных с осложнениями, возникшими на этапах проведения программы ЭКО и (или) криопереноса, в медицинские организации в соответствии с п.4.8 настоящего распоряжения;

6.3. предоставление сведений о медицинской организации, выполняющей программу ЭКО и/или криопереноса, в соответствии с приложением 13 к настоящему распоряжению в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ЭКО и (или) криопереноса в срок не более двух рабочих дней с момента получения результата лечения (отрицательный результат, биохимическая беременность, клиническая беременность);

6.4. предоставление отчета об исходах беременностей после программах ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в соответствии с приложением 18 к настоящему распоряжению в Управление в установленном порядке по электронной почте ([det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)), а также главному специалисту по планированию семьи и репродуктивному здоровью по электронной почте ([ivf@rkbl.udm.ru](mailto:ivf@rkbl.udm.ru)) в формате Excel ежемесячно в срок до 5-го числа, месяца, следующего за отчетным;

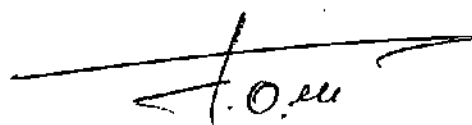
6.5. предоставление отчета о выполненных программах ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в соответствии с приложением 15 к настоящему распоряжению в Управление в установленном порядке по электронной почте ([det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)), а также главному специалисту по планированию семьи и репродуктивному здоровью по электронной почте ([ivf@rkbl.udm.ru](mailto:ivf@rkbl.udm.ru)) в формате Excel ежемесячно в срок до 5-го числа, месяца, следующего за отчетным;

7. Рекомендовать директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики П.В. Митрошину обеспечить ежемесячное предоставление информации об оплаченных случаях ЭКО в разрезе медицинских организаций в Управление в установленном порядке и дополнительно по электронной почте ([det4@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det4@minzdrav.udmlink.ru), [det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)).

8. Считать утратившим силу распоряжение Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 02.09.2019г. № 0943 «Об организации медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике».

9. Контроль за исполнением настоящего распоряжения оставляю за собой.

Министр



Г.О. Щербак

**Порядок отбора и направления пациентов  
для проведения программы ЭКО и/или криопереноса в рамках  
Территориальной программы ОМС**

1. Настоящий Порядок регламентирует вопросы организации направления пациентов на программу ЭКО и (или) криопереноса в медицинские организации в рамках Территориальной программы ОМС.
2. Направлению на проведение ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС подлежат пациенты, имеющие право на бесплатное оказание медицинской помощи, зарегистрированные на территории Удмуртской Республики.
3. Распределение объемов предоставления программ ЭКО медицинским организациям, участвующим в проведении программы ЭКО в рамках средств ОМС, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике на основании информации, предоставляемой МЗ УР о количестве пациентов, направленных на проведение программы ЭКО с учетом выбора ими медицинских организаций, работа в единой информационной системе Удмуртской Республики, а также с учетом выполнения плана за предыдущий год, опыта работы, численности медицинского персонала, оснащения клиники, наличие поста реанимации и интенсивной терапии, количества родившихся детей.
4. Перечень показаний, противопоказаний, ограничений для проведения программ ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов, объем обследования и подготовка пациентов к проведению программы ЭКО и/или криопереноса установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2020г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее - приказ МЗ РФ № 803н), клиническими рекомендациями «Женское бесплодие».
5. Обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ № 803н, на основе клинических рекомендаций «Женское бесплодие» с учетом стандартов медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ) и акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) из числа включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе в Удмуртской Республике, независимо от форм собственности.

6. Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ предусмотрены приложением 6 настоящего распоряжения.

7. Обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной), давшего согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ, проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

8. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев.

9. После установления причины бесплодия врач акушер-гинеколог медицинской организации (далее - лечащий врач) медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ) выдает пациенту направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу медицинской организации, выполняющей работы (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) для определения показаний и противопоказаний для проведения программ ЭКО и (или) криопереноса, а также выбора метода лечения бесплодия.

10. Врач акушеру-гинекологу медицинской организации, выполняющей работы (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) после проведения консультации выдает пациенту Заключение с указанием метода лечения бесплодия и рекомендациями по подготовке к программе ЭКО и (или) криопереноса согласно приложению 10 настоящего распоряжения.

11. В случае, если лечащий врач является врачом медицинской организации, выполняющей работы (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ), Заключение выдает врачебная комиссия данной медицинской организации согласно приложению 10 настоящего распоряжения.

12. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний для проведения ЭКО и (или) криопереноса в рамках средств ОМС Ответственное Лицо медицинской организации, ответственное за отбор и направление пациентов на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС оформляет Направление согласно приложению 8 настоящего распоряжения для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС. Для внесения данных пациента в Лист Ожидания высылает сканированное Направление Секретарю Комиссии МЗ УР в установленном порядке и дополнительно посредством факсимильной связи (60-23-83) и электронной почтой по системе vip net в срок не более двух рабочих дней с момента выдачи Направления;

13. Секретарем Комиссии МЗ УР присваивается пациенту шифр без персональных данных. Электронный лист ожидания размещается секретарем

Комиссии МЗ УР на официальном сайте Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

14. Выданные направления регистрируется Ответственным Лицом в журнале согласно приложению 9 настоящего распоряжения.

15. После регистрации в Листе Ожидания пациент с направлением и комплектом документов направляется на программу ЭКО и (или) криопереноса в выбранную медицинскую организацию.

16. Ответственное Лицо готовит Комплект документов, который должен содержать:

1) выписку из амбулаторной карты пациента с приложением результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих диагноз (оригинал плюс заверенная копия), за подписью руководителя учреждения здравоохранения, заверенную печатью; учреждения в соответствии с приложением 5 к настоящему распоряжению;

2) направление для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС согласно приложению 8 настоящего распоряжения;

3) копии следующих документов пациентки и ее мужа (партнера):

- паспорт гражданина Российской Федерации;

- полис обязательного медицинского страхования;

- свидетельство обязательного пенсионного страхования.

4) согласие на обработку персональных данных, подписанное супружеской парой (партнерами) или одинокой женщиной согласно приложению 11 к настоящему распоряжению;

5) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ, подписанное супружеской парой (партнерами) или одинокой женщиной согласно приложению 13 к настоящему распоряжению;

В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица) к комплекту документов дополнительно прилагаются:

- копия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица пациента);

- копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

17. Комиссия МЗ УР осуществляет контроль за отбором пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса с учетом наличия показаний и отсутствии противопоказаний, в соответствии с положением о Комиссии МЗ УР (приложение 5 к настоящему распоряжению).

18. В случае наличия противопоказаний, ограничений для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса, трех и более программы ЭКО (отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой, синдромом

недостаточности яичников, состоянием после овариоэктомии, радио- или химиотерапии, генетическими заболеваниями), неудачные повторные попытки переноса эмбрионов при недостаточном ответе на стимуляцию, неоднократное получение эмбрионов низкого качества, отсутствие беременности после 3 и более переносов эмбрионов хорошего качества), Ответственное Лицо представляет пациента с Комплектом документов, указанных в пункте 16 приложения 1 настоящего распоряжения на заседании Комиссии МЗ УР по отбору пациентов для проведения программ ЭКО и (или) криопереноса.

19. В случае отказа пациенту в направлении на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС пациенту выдается Протокол с указанием причины отказа;

20. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО или криопереноса в рамках территориальной программы ОМС, в течение двух рабочих дней после получения окончательных результатов лечения направляет Справку в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ по форме согласно приложению 14 настоящего распоряжения. Справка может быть оформлена на бумажном носителе или в формате электронного документа.

21. Медицинская организация, выдавшая Направления, после получения Справок по проведенным программам ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС направляет отчет по выданным направлениям Секретарю Комиссии МЗ УР в установленном порядке и дополнительно посредством факсимильной связи (60-23-83) и электронной почтой в отсканированном виде ([det2@minzdrav.udmlink.ru](mailto:det2@minzdrav.udmlink.ru)) и, дополнительно главному внештатному специалисту по планированию семьи и репродуктивному здоровью ([ivf@rkb1.udm.ru](mailto:ivf@rkb1.udm.ru)) в формате Exell ежемесячно в срок до 5-го числа, месяца, следующего за отчетным согласно приложению 18 настоящего распоряжения;

22. После завершения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках средств ОМС, пациент наблюдается в медицинской организации, проводившей программу ЭКО, в рамках Территориальной программы ОМС до получения окончательного результата лечения (отсутствие беременности, биохимическая беременность, клиническая беременность (наличие сердцебиения эмбриона)). Затем пациент направляется в медицинскую организацию по месту медицинского обслуживания по его выбору для дальнейшего наблюдения по беременности.

23. При отсутствии беременности после проведения программы ЭКО и (или) криопереноса пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса или повторного проведения программы ЭКО при условии соблюдения очередности.

24. С целью предупреждения осложнений, связанных с применением программы ЭКО, не допускается проведения более 2-х попыток в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции. При криопереносе не более 3-х попыток в год. Учитывая высокую эффективность программ криопереноса (по данным регистра РАРЧ (Российская ассоциация

репродукции человека) за 2018 г 41,5%), рекомендуется проведение программы криопереноса в течение 3 месяцев после неудачной программы ЭКО, сопровождающейся стимуляцией суперовуляции.

25. Комплект документов, указанных в пункте 16 приложения 1 настоящего распоряжения, хранится в течение 25 лет в медицинской организации, осуществляющей медицинское наблюдение пациента, а также в медицинской организации, проводившей программу ЭКО и (или) криоперенос.

**Порядок организации проведения программы ЭКО и/или  
криопереноса в рамках  
территориальной программы ОМС в медицинских организациях  
Удмуртской Республики**

1. Пациент с Направлением и Комплектом документов, указанных в пункте 16 приложения 1 настоящего распоряжения для реализации программы ЭКО и (или) криопереноса обращается в выбранную им медицинскую организацию для осмотра и выбора программы ЭКО и/или криопереноса в течение 30 дней с даты получения направления. В ином случае пациент должен будет обратиться к лечащему врачу за новым Направлением на ЭКО и (или) криоперенос.

2. Пациент, обратившийся в медицинскую организацию по направлению Комиссии МЗ УР на лечение бесплодия методом ЭКО и/или криопереноса в рамках территориальной программы ОМС, при отсутствии относительных или абсолютных медицинских противопоказаний или ограничений назначается на лечение в течение 60 дней с момента обращения в медицинскую организацию.

3. При наличии медицинских противопоказаний или ограничений для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса медицинская организация имеет право отложить лечение пациента методом ЭКО по решению врачебной комиссии на срок, необходимый для проведения терапии или до обследования, но не более чем на три месяца. В ином случае пациент должен будет обратиться к лечащему врачу за новым Направлением на ЭКО и (или) криоперенос.

3. Оказание медицинской помощи пациентам с бесплодием методом ЭКО или криопереноса осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 31.07.2020г. №803н, приказа МЗ РФ от 30.10.2012г. №556н, приказа МЗ РФ от 17.08.2017г. №525н, клиническим рекомендациям «ВРТ» с учетом стандартов медицинской помощи, а так же в соответствии с настоящим распоряжением.

4. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО или криопереноса в рамках территориальной программы ОМС, в течение двух рабочих дней после получения окончательных результатов лечения (отсутствие беременности, биохимическая беременность, клиническая беременность) направляет Справку в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ по форме согласно приложению 14 настоящего распоряжения. Справка может быть оформлена на бумажном носителе или в формате электронного документа.

5. Учетная документация медицинской организации, проводившей программу ЭКО или криопереноса, включает вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

(форма № 025/у), или карту стационарного больного, или карту пациента акушерско-гинекологического профиля в условиях дневного пребывания, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной диссеминации согласно Приказа № 803н МЗ РФ.

6. Базовая программа ВРТ состоит из следующих этапов:

- овариальная стимуляция (включая все необходимые лекарственные средства);
- пункция фолликулов для получения ооцитов;
- инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки под контролем ультразвука (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона);
- криоконсервация эмбрионов (с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ);
- разморозка криоконсервированных эмбрионов;
- внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона);

7. Программа ЭКО дополняется следующим этапом: криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов) при наличии следующих показаний:

- необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и (или) тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ или искусственной инсеминации;
- сохранение фертильности онкологических больных перед химио- и лучевой терапией;
- хранение половых клеток, эмбрионов и (или) тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае «отложенного материнства»;
- создание банка донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ.

8. Оплата проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС осуществляется согласно тарифному соглашению с учетом поправочных коэффициентов (КСЛП) в зависимости от проведения отдельных этапов ЭКО:

8.1. проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл);

8.2. проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (полный цикл);

8.3. полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов;

8.4. полный цикл экстракорпорального оплодотворения с применением криоконсервации эмбрионов;

8.5. размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос).

9. Оплата медицинских услуг при проведении программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных приказом МЗ РФ № 803н (предимплантационная генетическая диагностика (ПГД/ПГС) для выявления хромосомных аномалий и моногенных заболеваний; использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов; программа суррогатного материнства; хранение криоконсервированных биоматериалов) производится за счет личных и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

10. Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием программы ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

**Состав Комиссии**  
**Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору**  
**пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в**  
**рамках**  
**Территориальной программы ОМС**

Председатель комиссии - Соболева Н.Е. - начальник Управления медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики;

Сопредседатель комиссии - Никитина В.А. - начальник отдела охраны материнства и детства в Управлении медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики;

Секретарь комиссии - Иванцов В.Г. - специалист-эксперт отдела охраны материнства и детства в Управлении медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики;

Члены комиссии:

- Кузнецова Е.П. - главный внештатный специалист МЗ УР по планированию семьи и репродуктивному здоровью;

- Сахабутдинова Е.П. - главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗ УР;

- Кузнецова Н.Н. - член республиканского комитета Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ, заведующая женской консультацией БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР»;

- лица, ответственный за отбор и направление пациентов на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС по согласованию;

- представители медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по программам ЭКО и криопереноса по согласованию;

- главные внештатные специалисты МЗ УР по согласованию;

- сотрудники кафедр ФГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации по согласованию.

**Положение**  
**о Комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской**  
**Республики по**  
**отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или)**  
**криопереноса**  
**в рамках территориальной программы ОМС**

**1. Общие положения**

1.1. Комиссия МЗ УР является коллегиальным органом, созданным с целью проведения экспертизы при подготовке пациентов к программе ВРТ, контроля за отбором пациентов - жителей Удмуртской Республики, для проведения программ ВРТ в медицинских организациях в рамках Территориальной программы ОМС.

1.2. Состав Комиссии МЗ УР утверждается распоряжением Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Председателем Комиссии МЗ УР назначается специалист, курирующий вопросы организации оказания медицинской помощи матерям и детям в МЗ УР, начальник управления медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Сопредседателем Комиссии МЗ УР начальник отдела охраны материнства и детства в Управлении медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Секретарем Комиссии назначается специалист-эксперт отдела охраны материнства и детства в Управлении медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

1.3. Правом подписания протокола заседания Комиссии, а также направлений на лечение в соответствии с решением Комиссии обладают председатель или сопредседатель Комиссии.

**2. Полномочия Комиссии МЗ УР**

2.1. Отбор и направление пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

2.2. Координация деятельности руководителей медицинских организаций Удмуртской Республики, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Удмуртской Республики - по вопросам организации отбора и направления пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

2.3. Взаимодействие с медицинскими организациями и ответственными лицами по вопросам направления пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

2.4. Ведение мониторинга проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС в медицинских организациях и оказания медицинской помощи пациентам после проведения программы ЭКО и (или) криопереноса.

2.5. Подготовка предложений по вопросам улучшения организации и качества оказания медицинской помощи при проведении программы ЭКО и (или) криопереноса в медицинских организациях Удмуртской Республики.

### 3. Права Комиссии МЗ УР

Комиссия МЗ УР вправе:

3.1. Рассматривать на заседаниях Комиссии МЗ УР документы пациентов, обратившихся в медицинские организации по вопросу направления для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС в следующих случаях:

- имеющие абсолютные или относительные противопоказания;
- ограничения для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса - уровень АМГ менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов размерами 3-5 мм менее 5 в обоих яичниках;
- имеющие в анамнезе три и более программы ЭКО, закончившиеся следующими результатами - отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой, синдромом недостаточности яичников, состоянием после овариоэктомии, радио- или химиотерапии, генетическими заболеваниями; неудачные повторные попытки переноса эмбрионов при недостаточном ответе на стимуляцию; неоднократное получение эмбрионов низкого качества; отсутствие беременности после 3 и более переносов эмбрионов хорошего качества;
- сложные экспертные случаи.

3.2. Принимать решение о наличии (отсутствии) показаний для направления пациента в медицинскую организацию для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

3.3. Привлекать к работе главных внештатных специалистов МЗ УР при организации работы по проведению программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

3.4. Направлять пациентов в медицинские организации Удмуртской Республики для проведения дополнительного обследования с целью решения вопроса о наличии показаний для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

3.5. Давать рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия показаний для направления в медицинскую организацию для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

3.6. Рассматривать спорные вопросы отбора и организации проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС, в случае необходимости организовывать консилиумы с привлечением сотрудников кафедр ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России" и врачей-специалистов.

#### 4. Организация работы Комиссии МЗ УР

4.1. Заседания Комиссии МЗ УР проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

4.2. В заседании Комиссии МЗ УР участвуют не менее 3 человек из состава комиссии.

4.3. Основанием для рассмотрения в комиссии МЗ УР вопроса о направлении пациента для проведения программы ЭКО в рамках территориальной программы ОМС являются следующие документы:

1) выписка из медицинской документации пациента с результатами лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих диагноз, за подписью руководителя учреждения здравоохранения, заверенную печатью учреждения в соответствии с приложением 5 к настоящему распоряжению.

2) заявление о согласии на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с приложением 12 к настоящему распоряжению

3) копии следующих документов:

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- полис обязательного медицинского страхования пациента;
- свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента;

4.4. Комиссия МЗ УР принимает одно из следующих решений:

1) Направить пациента на оказание программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС и (или) криопереноса;

2) Отказать в направлении на программу ЭКО или криопереноса с указанием причины отказа:

- отсутствие показаний,
- наличие противопоказаний,
- наличие ограничений к лечению бесплодия методом ЭКО,
- необходимость дополнительного лечения или обследования (указывается объем обследования и планируемое лечение с указанием профильного специалиста).

4.5. При отсутствии в выписке из медицинской документации пациента результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии показаний к проведению программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС Комиссия МЗ УР рекомендует направить пациента на проведение дополнительных обследований в медицинскую организацию по месту медицинского обслуживания в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики.

4.6. Решение Комиссии МЗ УР оформляется - протоколом в двух экземплярах, протокол подписывает председатель Комиссии МЗ УР либо сопредседатель, секретарь комиссии МЗ УР.

4.7. Протокол решения Комиссии МЗ УР направляется в медицинскую организацию по месту медицинского обслуживания пациента, второй экземпляр остается в МЗ УР.

4.8. Секретарь Комиссии МЗ УР ведет учет оформленных Протоколов.

4.9. По желанию пациента причины отказа в направлении на проведение программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС могут быть разъяснены пациенту Комиссией МЗ УР.

**Рекомендуемая выписка из амбулаторной карты пациента при направлении на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в Удмуртской республике**

Выписка из амбулаторной карты № \_\_\_\_\_

Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Адрес учреждения: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество пациента (женщина)**

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_

Полис ОМС № \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Диагноз: МКБ-10 \_\_\_\_\_ шифр \_\_\_\_\_

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Данные анамнеза: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез : \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: \_\_\_\_\_

Эпидемиологический анамнез (сифилис, туберкулез, гепатиты, новая короновирусная инфекция SARS-CoV-2)

Перенесенные соматические заболевания: \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания: \_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_

Половая функция: \_\_\_\_\_

Беременность \_\_\_\_\_ Роды \_\_\_\_\_ Аборты \_\_\_\_\_

*Пример,*

год	исход	особенности
2016	роды	угроза прерывания

Масса тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ ИМТ \_\_\_\_\_

**Перенесенные операции:**

*Пример,*

год	операция	объем операции	гистология
2011	лапароскопия	удаление правой маточной трубы	сальпингит

**Попытки ЭКО в хронологическом порядке - дата (год) проведения, указать вид программы (стимуляция, криоперенос), количество полученных клеток, перенесенных эмбрионов - результат, отдельно указать ЭКО со стимуляцией или криоперенос.**

*Комментарии: приложить копии эмбриологических протоколов и выписки из клиник о проведенном лечении.*

*Пример,*

год	попытка ЭКО
2016	ОМС. Протокол с антагонистами, получено 12 клеток, перенесено 1 эмбрион, криоконсервировано 5 эмбрионов. Беременность. Роды.

*Комментарии: при планировании проведения криопереноса по ОМС указать количество замороженных эмбрионов и название клиники. Приложить копии протоколов криоконсервация и заключение репродуктолога о возможности проведения криопереноса по полису ОМС.*

**Описать терапию, которую пациентка получает в плане подготовки к программе ЭКО и (или) криопереноса**

Показатель	Результат, единицы измерения	Дата исследования
АМГ		
ФСГ		
ЧАФ в обоих яичниках по УЗИ		

**Заключение врача акушера гинеколога с указанием диагноза, планируемого метода лечения (программа ЭКО и (или) криопереноса)**

**Фамилия, имя, отчество мужчины (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ)**

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_

Полис ОМС № \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Заключение врача уролога об отсутствии противопоказаний для программы ЭКО; при мужском факторе бесплодия или патоспермии - с указанием диагноза и рекомендациями по методу оплодотворения.**

Пациентка направляется на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий \_\_\_\_\_ женской \_\_\_\_\_ консультацией \_\_\_\_\_ (отделением, поликлиникой)

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

*К выписке прилагаются данные лабораторных и инструментальных методов обследования (оригиналы, приложить дополнительно копии, заверенные подписью и печатью лечащего врача)*

**Срок годности результатов обследования  
для оказания медицинской помощи с использованием  
вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ**

	<b>Наименование результатов обследования</b>	<b>Срок годности результатов обследования при постановке диагноза «бесплодие» и направления на консультацию к врачу репродуктологу</b>	<b>Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ и искусственной инсеминации</b>
1	<b>Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное, включая определение количества антральных фолликулов (далее - КАФ) в раннюю фолликулярную фазу цикла</b>	6 месяцев	в течение 2-х недель перед использованием ВРТ
2	<b>Регистрация электрокардиограммы</b>	1 год	1 год
3	<b>Флюорография легких</b>	1 год	1 год
4	<b>Ультразвуковое исследование молочных желез на 7-11 день менструального цикла, с возраста 40 лет и старше - маммография, при обнаружении патологии консультация онколога</b>	1 год	1 год
5	<b>Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2+Agp24) в крови</b>	3 месяца	3 месяца
6	<b>Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови</b>	3 месяца	3 месяца
7	<b>Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV Ig M) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови</b>	3 месяца	3 месяца
8	<b>Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови</b>	3 месяца	3 месяца
9	<b>Общий клинический анализ крови</b>	1 месяц	1 месяц
10	<b>Анализ крови биохимический общетерапевтический</b>	1 месяц	1 месяц
11	<b>Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)</b>	1 месяц	1 месяц
12	<b>Общий (клинический) анализ мочи</b>	1 месяц	1 месяц
13	<b>Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови</b>	<b>при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G не ограничен</b>	<b>при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G не ограничен</b>

14	Определение основных групп по системе АВ 0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен	не ограничен
15	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц	1 месяц
16	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемых половым путем ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> )	-	3 месяца
17	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемых половым путем ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Herpes simplex 1,2</i> , <i>Cytomegalovirus</i> )	1 год	-
18	Цитологическое исследование микропрепарат шейки матки (мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год	1 год
19	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла	1 год	6 месяцев
20	Исследование уровня антимюллера гормона (АМГ) в крови	1 год	6 месяцев
21	Определение гормонов - лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, эстрадиола, общего тестостерона, тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови на 2-5 день менструального цикла; при олигоменорее - на 2-5 день индуцированного цикла; при аменорее - в любой день); определение уровня прогестерона в крови за 7 дней до менструации	1 год	-
22	Спермограмма	6 месяцев	6 месяцев
23	Консультация врача-терапевта	1 год	1 год
24	Оценка проходимости маточных труб с помощью гистеросальпингографии и (или) соногистеросальпингографии, по показаниям - лапароскопии. При проведении ВРТ при бесплодии, связанным с мужскими факторами, проведение оценки проходимости маточных труб не показано.	1 год	-
25	Оценка состояния эндометрия - ультразвуковое исследование эндометрия, по показаниям (аборты, патология эндометрия, невынашивание беременности, безрезультативные программы ЭКО) гистероскопия и/или биопсия эндометрия	1 год	-
26	Консультации специалистов: кардиолог, онколог, эндокринолог, нефролог, уролог, гематолог и т.д. по показаниям	1 год	-
27	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц	1 месяц
28	Справка из психоневрологического диспансера	1 год	-

	(по рекомендации психолога или психотерапевта)		
29	Осмотр и консультация врача генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование). Женщинам, имеющим в анамнез (в т.ч. у близких родственников) случаев врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей. Заключение.	однократно	-
30	Заключение врача уролога по состоянию репродуктивного здоровья мужа (партнера)	6 месяцев	-

### ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ (муж, партнер)

	Наименование результатов обследования	Срок годности результатов при обследовании, постановки диагноза «бесплодие» и направления на консультацию к врачу урологу	Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ и искусственной инсеминации
1	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2+Agp24) в крови	3 месяца	
2	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	3 месяца	
3	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV Ig M) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	3 месяца	
4	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	3 месяца	
5	Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен	не ограничен
6	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек мужских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma spp., Trichomonas vaginalis)	1 год	-
7	Спермограмма	6 месяцев	6 месяцев
8	Консультация врача-уролога	6 месяцев	-
9	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц	1 месяц

Протокол № \_\_\_\_\_  
решения комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики  
по отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках  
территориальной программы ОМС от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Комиссией рассмотрены медицинские документы пациента:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_,

место жительства: \_\_\_\_\_,

диагноз заболевания (состояния): \_\_\_\_\_

Заключение (нужное подчеркнуть):

1. Направить пациента на оказание программы ЭКО в рамках средств ОМС;

2. Отказать в направлении на программу ЭКО и (или) криоперенос в рамках территориальной программы ОМС с указанием

причины отказа:

- отсутствие показаний;

- наличие противопоказаний;

- наличие ограничений к лечению бесплодия методом ВРТ;

- необходимость дообследования <\*> \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Код диагноза по МКБ-10: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

Председатель: \_\_\_\_\_

Секретарь: \_\_\_\_\_

Приложение 8  
к распоряжению  
Минздрава Удмуртии  
от 11.01.2020 г. № 01

Форма

**Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или)  
переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы  
обязательного медицинского страхования**

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

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

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

(полис обязательного медицинского страхования пациента)

(СНИЛС пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диагноза пациента по МКБ-10)

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

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

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

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(отчество указывается при наличии)

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

Приложение 9  
к распоряжению  
Минздрава Удмуртии  
от 11.01.2020 г. № 01

Форма

**Журнал регистрации направлений для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса  
в рамках Территориальной программы ОМС**

<b>№ п/п</b>	<b>Ф.И.О пациента, дата рождения</b>	<b>Документ, удостоверяющий личность, серия, номер, выдан</b>	<b>Полис ОМС/ СНИЛС</b>	<b>Место пребывания/регистрации</b>	<b>Дата выдачи направления</b>	<b>Информация о выполнении программы ВРТ (результат)</b>

Форма

**Заключение**

**врача акушера гинеколога медицинской организации, выполняющей программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике**

Ф.И.О.:

\_\_\_\_\_

диагноз:

\_\_\_\_\_

Принято решение о направлении/отказе в направлении <\*> (нужное подчеркнуть)  
пациента для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной  
программы ОМС (название программы):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации перед программой ВРТ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, в которой выдано заключение)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

*Примечание: <\*> В случае принятия решения об отказе в направлении  
медицинских документов необходимо указать причину отказа.*

**Заявление о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие медицинской организации \_\_\_\_\_  
на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи по проведению программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_, 2. Пол: \_\_\_\_\_.

(число, месяц, год) (женский, мужской - указать  
нужное)

5. Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

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

6. Адрес по месту жительства: \_\_\_\_\_

(почтовый адрес по месту жительства)

7. Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

8. Серия, N полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),  
наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС: \_\_\_\_\_

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

10. Сведения о законном представителе (доверенном лице) <\*>: - фамилия, имя, отчество, дата рождения: \_\_\_\_\_

- почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

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

- документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

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

Примечание: <\*> Пункт 3 настоящего заявления заполняется в том случае, если заявление заполняет законный представитель (доверенное лицо) гражданина Российской Федерации.

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Ф.И.О. и подпись гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Форма

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных  
технологий и искусственной инсеминации**

Я (Мы), \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);
- искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:
  - криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;
  - криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;
  - криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Прошу (просим) провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ 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;
  - сперма/ооциты/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 (мы)

\_\_\_\_\_ (даю (ем) согласие) (не даю (ем) согласие)  
Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (просим): - криоконсервировать

- утилизировать
- донировать

Заявляю (ем), что изложила (и) врачу все известные мне (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 программой ЭКО/ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение 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 (расшифровка)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения)  
Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)  
Дата \_\_\_\_\_

Форма

**Справка о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения  
<1> и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы  
обязательного медицинского страхования**

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

(ФИО (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения программы  
ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

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

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

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

М.П.  
" " 20\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение 14  
к распоряжению  
Минздрава Удмуртии  
от 11.01.2020 г. № 01

Форма

Лист ожидания

п/п №.№	Шифр пациента (номер СНИЛС) 000-xxx-x00-00	Дата обращения за направлением	Дата выдачи направления	Дата выполнения программы ЭКО

Форма

Отчет по проведенным программам ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбриона в рамках территориальной программы ОМС<\*>

(наименование медицинской организации)

Запланировано на год полных циклов \_\_\_\_\_ криопереносов \_\_\_\_\_

Отчетный период	Число запланированных процедур ЭКО на месяц			Число женщин, направленных на ЭКО			Число женщин в листе ожидания на ЭКО			Число выполненных процедур за месяц				Число выполненных ЭКО (I-III этап) за месяц		Число женщин, вставших на учет после ЭКО за месяц			Число родов после ЭКО за месяц	Число детей после ЭКО за месяц	
	Полный цикл	Криоперенос	Всего	Полный цикл	Криоперенос	Всего	Полный цикл	Криоперенос	Всего	Полный цикл без криоконсервации эмбрионов	Полный цикл с криоконсервацией эмбрионов	Криоперенос	Всего	I-III этап без криоконсервации эмбрионов	(I-III этап с криоконсервацией эмбрионов)	Полный цикл	Криоперенос	Всего			

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется медицинскими организациями, в которых проводилась программа ЭКО в рамках средств ОМС, представляется ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

Форма

Отчет-реестр бесплодных пар Удмуртской Республики <\*>

(наименование медицинской организации)

Шифр пациента (номер СНИЛС) 000-xxx-x00-00	Дата постановки на учет	Диагноз МКБ 10	Информация о ранее проведенных программах ЭКО (ОМС, платно)
Пример, СНИЛС 123-456-789-10 Шифруем 123-xxx-x89-10	01.01.2020	N97.1	2016 год ЭКО, роды или 2017 год ЭКО, нет беременности или попыток ЭКО не было

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется медицинской организацией, которая направила женщину на программу ЭКО, представляется ежегодно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.  
000-xxx-x00-00 заполняются только первые три и последние четыре цифры, «х» не заполнять

Форма

**Отчет по выданным направлениям на проведения программ ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС <\*>**

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

Отчетный период	Выдано направление на ЭКО	Проведено программ ЭКО (по полученным справкам)		
		Полный цикл (с переносом эмбрионов)	Криоперенос	Неполный цикл (лечение не привело к росту фолликулов, яйцеклетки не получены, эмбрионы не получены)
январь	5			

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется медицинской организацией, которая направила женщину на программу ЭКО, представляется ежеквартально до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

Форма

**Отчет по исходам беременностей после программ ЭКО и (или) криопереносов в  
рамках Территориальной программы ОМС <\*>**

(наименование медицинской организации)

Отчетный период	Проведено программ ЭКО			Число женщин, вставших на учет по беременности после ЭКО		Количество родов	Количество детей
	Полный цикл с переносом эмбрионов	Криоперенос	Всего	Полный цикл с переносом эмбрионов	Криоперенос		

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется медицинской организацией, которая направила женщину на программу ЭКО, представляется ежеквартально до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

Отчет по родам после использования программ ВРТ <\*>

Шифр пациента (номер СНИЛС) 000-xxx-x00-00	Название медицинской организации, где беременная состояла на учете	Исход беременности с указанием срока беременности	Дата рождения ребенка	Информация о новорожденном ребенке масса, длина
Пример, СНИЛС 123-456-789-10 Шифруем 123-xxx-x89-10				

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется лечебными учреждениями, в которых осуществляется диспансерное наблюдение беременных после проведения программы ЭКО, представляется ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

000-xxx-x00-00 заполняются только первые три и последние четыре цифры, «x» не заполнять

Отчет о пациентах с осложнениями программы ЭКО в рамках средств ОМС,  
получавших стационарное или амбулаторное лечение (нужное подчеркнуть),

<\*>

Наименование ЛПУ: \_\_\_\_\_

Отчетный период: \_\_\_\_\_ (месяц) \_\_\_\_\_ (год) \_\_\_\_\_

Отчетный период	Шифр пациента (номер СНИЛС) 000-xxx-x00-00	Вид осложнения (синдром гиперстимуляции яичников, акушерские осложнения, острые гинекологические и экстрагенитальные заболевания и т.д.)	Исход заболевания
	Пример, СНИЛС 123-456-789-10 Шифруем 123-xxx-x89-10		

Дата \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Печать медицинской организации

<\*> Отчет представляется лечебными учреждениями, в которых осуществляется диспансерное наблюдение беременных после проведения программы ЭКО, представляется ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

000-xxx-x00-00 заполняются только первые три и последние четыре цифры, «х» не заполнять