



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**

---

**П Р И К А З**

«07» июля 2020г.

№ 600

Об организации направления пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», постановления Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», постановления Правительства Севастополя от 27.12.2019 № 715-ПП «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Севастополе на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» и с целью организации направления пациентов в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС)

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) (Приложение № 1).

1.2. Перечень диагностических исследований по бесплодию в женской

консультации по месту прикрепления пациента (Приложение № 2).

1.3. Положение о Комиссии Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) (Приложение № 3).

1.4. Состав Комиссии Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования (Приложение № 4).

1.5. Форму выписки из медицинской карты амбулаторного больного для направления на лечение с применением ВРТ (Приложение № 5).

1.6. Форму заявления пациента для направления в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (Приложение № 6).

1.7. Форму согласия на обработку персональных данных (Приложение № 7).

1.8. Форму Протокола заседания Комиссии Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору пациентов для проведения ЭКО (Приложение № 8).

1.9. Форму Направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (Приложение № 9).

1.10. Форму Направления для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС (Приложение № 10).

1.11. Форму регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете, с диагнозом: Нарушение репродуктивной функции (Приложение № 11).

1.12. Сроки действия медицинских исследований (Приложение № 12).

1.13. Форму Листа ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в процедуре ЭКО (Приложение № 13).

1.14. Форму Журнала регистрации пациентов, направленных в Комиссию по отбору пациентов для проведения ЭКО (Приложение № 14).

1.15. Форму Отчета о результатах выполненных процедур ЭКО и динамического наблюдения пациента (Приложение № 15).

2. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя «Медицинский информационно-аналитический центр» создать в АИС ЛПУ раздел «Мониторинг лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции» с включением формы регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом: Нарушение репродуктивной функции.

3. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «акушерство и гинекология», обеспечить:

3.1. Размещение в женских консультациях (поликлиниках) информации для пациентов о порядке организации оказания медицинской помощи при лечении пациентов с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием ВРТ.

3.2. Направление пациентов с нарушением репродуктивной функции для консультирования в Центр охраны здоровья семьи и репродукции Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка» (далее – Центр).

3.3. Обследование пациентов согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и утвержденным настоящим приказом Порядком.

3.4. Своевременное оформление документов для проведения процедуры ЭКО для рассмотрения Комиссией.

3.5. Ведение беременности в женской консультации после процедуры ЭКО как беременности высокого риска.

3.6. Представление отчета о результатах выполненных процедур ЭКО и динамического наблюдения пациента (согласно Приложению № 15 к настоящему приказу) главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Севастополя.

3.7. Ведение регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете, с диагнозом: Нарушение репродуктивной функции в АИС ЛПУ.

4. Главному врачу ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» обеспечить:

4.1. Специализированный прием пациентов с нарушением репродуктивной функции в Центре.

4.2. Проведение диагностики и лечения пациентов с нарушениями репродуктивной функции в соответствии с Положением, утвержденным настоящим приказом.

5. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Севастополя представлять:

- отчет об объемах медицинской помощи с применением ЭКО в Управление организации медицинской помощи Департамента

здравоохранения города Севастополя ежемесячно, до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

- информацию для актуализации данных в листе ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в процедуре ЭКО для размещения на сайте Департамента здравоохранения города Севастополя по результатам проведенной Комиссии главному внештатному специалисту – пресс-секретарю Департамента здравоохранения города Севастополя.

6. Считать утратившими силу приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 29.12.2016 № 1741 «Об организации направления пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования».

7. Главному внештатному специалисту – пресс-секретарю Департамента здравоохранения города Севастополя:

- размещать и актуализировать лист ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в процедуре ЭКО на сайте Департамента после каждого заседания Комиссии;

- разместить настоящий приказ на сайте Департамента здравоохранения города Севастополя.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Кормачеву Е.А.

Директор Департамента здравоохранения  
города Севастополя –  
член Правительства Севастополя



С.Ю. Шеховцов

Приложение № 1  
к Приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 09.06.2020 № 600

**Положение об организации оказания медицинской помощи пациентам  
с нарушением репродуктивной функции, в том числе  
с использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Общие положения:

1.1. Настоящее Положение об организации медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием ВРТ (далее – Положение), регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, осуществляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории города Севастополя.

1.2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции носит форму диспансерного наблюдения и основывается:

- на предупреждении факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию пациентов;
- на ранней диагностике отклонений в состоянии репродуктивного здоровья пациентов;
- на адекватной коррекции выявленных отклонений в состоянии здоровья и восстановлении репродуктивной функции пациентов.

2. Диагностика нарушений репродуктивной функции:

2.1. При первичном обращении в женскую консультацию пациентки с жалобами на отсутствие беременности направляются на консультацию в Центр для составления индивидуального плана диагностических мероприятий.

2.2. Врач акушер-гинеколог медицинской организации, к которой прикреплен пациент (далее – врач женской консультации) осуществляет постановку на диспансерный учет, назначает первичное обследование и проводит диагностические мероприятия согласно составленному плану (согласно Приложению № 2 к настоящему приказу).

2.4. Диагностические мероприятия направлены на оценку:

- эндокринного и овуляторного статуса;
- проходимости маточных труб и состояния органов малого таза;
- состояния эндометрия;
- количественных и качественных характеристик эякулята партнера;
- наличия урогенитальных инфекций.

2.5. Диагностические мероприятия по выявлению причины нарушения репродуктивной функции осуществляются в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию по профилю «акушерство и гинекология», согласно территориальному-участковому принципу и не должны превышать 3-6 месяцев. В течение этого периода пациенту должна быть установлена причина нарушения репродуктивной функции и выставлен развернутый диагноз с указанием кода по МКБ-10.

3. Лечение пациентов с нарушением репродуктивной функции.

3.1. Лечение пациентов с нарушением репродуктивной функции подразделяется на 2 этапа:

1 этап (без использования ВРТ) - лечение нарушений репродуктивной функций, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, регуляцию менструального цикла, стимуляцию овуляции, терапию мужского фактора бесплодия, коррекцию соматической патологии;

2 этап - лечение нарушений репродуктивной функции с использованием ВРТ.

3.2. Первый этап лечения (без использования ВРТ) – осуществляется в рамках диспансерного наблюдения врачом акушером-гинекологом и/или врачом урологом-андрологом Центра или в поликлинике по месту прикрепления (по выбору пациента).

3.3. Объем лечебных мероприятий определяется причиной нарушения репродуктивной функции, лечебная тактика осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции.

3.4. Срок лечения не должен превышать 9 - 12 месяцев пациентам моложе 35 лет и 6 месяцев при возрасте женщины старше 35 лет, возрасте мужчины старше 40 лет.

3.5. При наступлении беременности на 1 этапе лечения пациент переводится с диспансерного учета по нарушению репродуктивной функции на диспансерный учет по беременности в женскую консультацию по месту прикрепления.

3.6. Центр контролирует ведение регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете, с диагнозом: Нарушение репродуктивной функции в АИС ЛПУ (согласно Приложению № 11) и представляет отчет в Управление организации медицинской помощи Департамента здравоохранения города Севастополя ежеквартально.

3.7. При отсутствии эффекта от лечения в течение указанного срока супружеская пара направляется на Комиссию для получения направления на лечение бесплодие с применением ВРТ.

3.8. Второй этап лечения (с применением ВРТ) заключается в проведении базовой программы ВРТ. Лечащий врач Центра или женской консультации оформляет документы для рассмотрения Комиссией, заполняет выписку установленного образца на основании обследований, пройденных

пациенткой в медицинской организации по месту прикрепления.

3.9. Комиссия принимает окончательное решение о необходимости лечения с применения ВРТ пациенту, определяет медицинскую организацию, которая будет проводить процедуру (в соответствии с выбором пациента).

Приложение № 2  
к Приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 09.06.20 № 600

**Перечень диагностических исследований по бесплодию в женской  
консультации по месту прикрепления пациента**

1. Целенаправленный общий и гинекологический анамнез.
2. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез.
3. Влагалищное исследование при помощи зеркал.
4. Бимануальное влагалищное исследование.
5. Кольпоскопия.
6. Общий (клинический) анализ крови развернутый.
7. Анализ крови биохимический общетерапевтический.
8. Коагулограмма.
9. Определение группы крови и резус-фактора.
10. Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.
11. Гормоны крови: Исследование уровня пролактина, фолликулостимулирующего гормона (далее – ФСГ), лютеинизирующего гормона (далее – ЛГ), общего тестостерона, антимюллерова гормона (далее - АМГ), свободного тироксина (далее – свободный Т4), тиреотропного гормона (далее – ТТГ), прогестерона, общего эстрадиола в крови.
12. TORCH инфекции (токсоплазмоз, герпес, краснуха, цитомегаловирус) иммуноглобулины М и G.
13. Анализ мочи общий.
14. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест).
15. Молекулярно-биологическое обследование отделяемого женских половых органов методом ПЦР на *Neisseria gonorrhoeae* *Chlamydia trachomatis* *Ureaplasma species* *Mycoplasma hominis* *Mycoplasma genitalium* *Trichomonas vaginalis*.
16. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) - 1 раз в год по месту жительства.
17. Электрокардиография (далее – ЭКГ).

18. Маммография (старше 40 лет, и при выявлении патологии на УЗИ).

19. Консультации смежных специалистов по показаниям в медицинской организации по месту прикрепления пациента.

20. Ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, щитовидной железы осуществляется в медицинской организации по месту прикрепления или в Центре.

21. Проведение лапароскопии и гистероскопии (при наличии показаний).

Одновременно с первичным обследованием женщины партнер направляется на консультацию уролога (андролога) по месту прикрепления или в Центр и сдает спермограмму в Центре.

Приложение № 3  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 09.06.20 № 600

**Положение о Комиссии Департамента здравоохранения города  
Севастополя по отбору и направлению пациентов для проведения  
процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств  
обязательного медицинского страхования**

1. Общие положения.

1.1. Комиссия является коллегиальным органом, осуществляет работу на постоянной основе. В своей деятельности Комиссия руководствуется действующими нормативными правовыми документами.

1.2. Основными задачами Комиссии является формирование и упорядочивание потока пациентов путем составления листов ожидания и осуществление контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении нарушений репродуктивной функции с помощью ВРТ.

1.3. Основными функциями Комиссии является:

- принятие окончательного решения об использовании ВРТ в лечении нарушений репродуктивной функции у конкретного пациента;

- выдача направления в медицинскую организацию для проведения ВРТ, с учетом выбора пациента;

- ведение на сайте Департамента здравоохранения листа ожидания для проведения процедуры ЭКО;

- разъяснения пациентам причин отказа в направлении на лечение с применением ВРТ и рекомендации оптимального способа преодоления нарушений репродуктивной функции;

- анализ эффективности использования ВРТ в лечении нарушений репродуктивной функции;

- организация взаимодействия между медицинскими организациями, участвующими в оказании медицинской помощи пациентам;

- решение сложных, конфликтных случаев, возникающих при лечении с применением ВРТ.

1.4. Руководство работой Комиссии осуществляет председатель Комиссии.

1.5. Комиссия при необходимости вправе привлекать к работе профильных специалистов.

2. Порядок работы Комиссии.

2.1. Комиссия осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний. Заседание Комиссии по отбору пациентов проводится не реже

1 раза в месяц. Заседание Комиссии по отбору пациентов ведет председатель, а в его отсутствие заместитель председателя.

2.2. Комиссия по отбору пациентов на основании предоставленной медицинской документации (выписка установленного образца, заявление пациента с указанием выбранной им медицинской организации, выполняющей ЭКО за счет средств ОМС, согласие пациента на обработку персональных данных, копии паспорта, полиса, СНИЛС на бумажном и электронном носителе) принимает решение:

- о направлении пациента для проведения ВРТ;
- об отказе пациенту в использовании ВРТ при наличии противопоказаний или ограничений в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;
- о необходимости проведения дополнительного медицинского обследования пациента.

Документы пациентов для рассмотрения Комиссией на заседании представляет лечащий врач акушер-гинеколог.

2.3. Решение Комиссии принимается простым большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании. При равенстве голосов голос председателя Комиссии (в его отсутствие - голос заместителя председателя) является решающим.

2.4. Решение Комиссии оформляется протоколом. Копии протоколов заседания Комиссии и пакеты документов пациентов хранятся в течение трех лет в архиве Центра.

2.5. О положительном решении Комиссии о направлении пациента на лечение с применением ВРТ пациента уведомляет лечащий врач акушер-гинеколог на личном приеме в срок до 5 дней после заседания Комиссии. Он же осуществляет выдачу направления в медицинскую организацию для проведения процедуры ЭКО и копию протокола решения Комиссии.

В случае отказа Комиссии в выдаче направления, а также при необходимости проведения дообследования с целью повторного направления документов для рассмотрения Комиссией, о принятом решении пациента на личном приеме уведомляет заместитель председателя Комиссии в срок до 5 дней после заседания Комиссии.

2.6. Секретарь Комиссии:

- ведет журнал регистрации пациентов, направленных в Комиссию для проведения ВРТ;
- готовит материалы к заседаниям в соответствии с очередностью регистрации пациентов в срок не более 10 дней со дня получения заявления;
- обеспечивает явку членов Комиссии на заседание;
- оформляет протоколы заседания;
- обеспечивает передачу протоколов решения Комиссии и пакетов

документов пациентов в архив Центра;

- осуществляет контроль и анализ результативности проведения лечения с использованием ВРТ;

- предоставляет ежемесячно, до 3-го числа месяца, следующего за отчетным сведения о количестве проведенных процедур с применением ВРТ главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Севастополя;

- осуществляет ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, сверку реестров пациентов, которым проведена программа ВРТ, в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования города Севастополя;

- предоставляет информацию о количестве пациентов, направленных Комиссией на проведение процедуры ЭКО за счет средств ОМС, и сведения о выбранных ими медицинских организациях для проведения ЭКО, о количестве пациентов повторно включенных в лист ожидания Комиссией в течение 5 рабочих дней после подписания протокола главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Севастополя.

3. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины ее членов.

Приложение № 4  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 09.06.20 № 600

### СОСТАВ

#### Комиссии Департамента здравоохранения города Севастополя по отбору и направлению пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования

- Председатель Комиссии:  
Кормачева Е.А. - заместитель директора Департамента  
здравоохранения города Севастополя
- Заместитель  
Председателя:  
Гладкова Е.В. - главный внештатный специалист  
по репродуктивному здоровью Департамента  
здравоохранения города Севастополя, врач акушер-  
гинеколог Центра охраны здоровья семьи  
и репродукции ГБУЗС «Городская больница № 5 –  
«ЦОЗМиР»
- Секретарь Комиссии:  
Писанко М.В. - врач акушер-гинеколог Центра охраны здоровья  
семьи и репродукции ГБУЗС «Городская  
больница № 5 – «ЦОЗМиР»
- Члены комиссии:  
Леванович Е.М. - Главный внештатный специалист  
по акушерству и гинекологии Департамента  
здравоохранения города Севастополя
- Лысякова Е.В. - Главный специалист – эксперт Управления  
организации медицинской помощи Департамента  
здравоохранения города Севастополя
- Стоянова О.А. - Врач акушер-гинеколог, заведующий акушерско-  
физиологическим послеродовым отделением  
- родильного дома № 1 ГБУЗС «Городская  
больница № 5 – «ЦОЗМиР»

По согласованию

- Представитель Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования города  
Севастополя

Приложение № 5  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 04.06.20 № 600

### ВЫПИСКА

из медицинской карты амбулаторного больного для направления  
на лечение с применением ВРТ

Наименование медицинской организации:

Адрес организации:

Телефон: (8692)

E-mail:

Фамилия, имя, отчество пациента:

Дата рождения, возраст: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Паспорт: Серия xx xx № xxxxxx выдан xx.xx.xxxx, ФМС xxx-xxx

Полис ОМС: № xxxxxxxxxxxxxxxxxx выдан

СНИЛС: xxx-xxx-xxx xx

Адрес (с почтовым индексом): г. \_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_

Телефон: + 7xxx xxx xx xx

Адрес эл. почты

Профессия, должность:

Диагноз: МКБ – 10: N97.x

Основной: Бесплодие

Сопутствующий:

Данные анамнеза: отсутствие беременности в течение \_\_\_\_ лет.

Болела: ОРЗ,

V - \_\_\_\_ кг, рост - \_\_\_\_ см.

Индекс масса тела

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузии:

Наследственный анамнез:

Lues, туберкулез, гепатиты:

Менструальная функция: с \_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_ дней, ч/з \_\_\_\_ дня, б/б, умеренно.

П.м. \_\_\_\_\_ 201\_\_

Половая функция: с \_\_\_\_ лет, в браке с \_\_\_\_ лет.

**Репродуктивная функция:** Берем - : А - , Р - , внем. бер. –

№	Год	Беременность	Особенности течения
1			
2			

**Перенесенные гинекологические заболевания:**

**Оценка проходимости маточных труб:** (лапароскопия/  
гистеросальпингография/ контрастная эхогистеросальпингоскопия)

**Оценка состояния эндометрия:**

(ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия)/  
гистероскопия / биопсия тканей матки (эндометрия)/пайпель

Год	Операция, показания	Объем операции, рез-т гистологии

Попытка ЭКО - дата проведения, результат, год, клиника

Получено клеток (протокол длин/короткий)

Оплодотворение

Количество перенесенных эмбрионов

Результат

Отдельно указать ЭКО за счет средств ОМС

Количество имеющих эмбрионов

#### Данные обследования

Инфекция	Дата анализа	Результат
антитела к Трепонеме		не обнаружено*
антитела к ВИЧ 1/2		не обнаружено
HBsAg		не обнаружено
антитела к вирусному гепатиту С		не обнаружено

\*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.

**Группа крови, резус фактор** – дата анализа \_\_\_\_\_,

результат \_\_\_\_\_

**Клинический анализ крови** – дата анализа \_\_\_\_\_, результат

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Гемоглобин		120-140 г/л
Эритроциты		4,2-6,3 $10^{12}/L$
Цветной показатель		1%
Гематокрит		37,0 – 51,0%
Ретикулоциты		
Тромбоциты		180-360 $10^9/L$
СОЭ		до 12 мм/ч

Лейкоциты		4,0 – 9,0 10 <sup>9</sup> /L
базофилы		
эозинофилы		
миелоциты		
метамиелоциты		
палочкоядерные		
сегментоядерные		
лимфоциты		
моноциты		

**Общий анализ мочи** - дата анализа \_\_\_\_\_

Показатель	Значение	Норма
Количество		
Цвет		соломенно-желтый
Белок		отрицательно
рН		5,0-7,0
Соли		нет
Слизь		нет
Лейкоциты		до 8 в п/зр
Эритроциты		нет
Цилиндры: гиалиновые\зернистые		нет
Эпителий: плоский\переходный		ед в п/зр\ед в п/зр

**Биохимический анализ крови** - дата анализа \_\_\_\_\_

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
глюкоза		До 6,4 ммоль/л
общий белок		67-85 г/л
общий билирубин		До 20,5 мкмоль/л
креатинин		53-106 мкмоль/л
холестерин (по показ)		0 – 6,2 ммоль/л
мочевина		До 8,3 ммоль/л
АСТ		0.1-0,68 мккат/л
АЛТ		0.1-0,68 мккат/л

**Коагулограмма** - дата анализа \_\_\_\_\_

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
МНО		0,8-1,15
ПТИ		93-107%
АПТВ		25-35 с
ПТВ		12-18 с
Фибриноген		2-4 г/л
ТВ		14-16 с

При выявлении нарушений показателей коагулограммы необходима консультация гематолога с рекомендациями и заключением: проведение программы ЭКО/ИКСИ и ПЭ, беременность не противопоказаны.

**Гормональное обследование:**

Гормоны (2-3 день цикла)	Дата	Показатели	Норма, ед измерения
ФСГ			2-10 мМЕ/мл
ЛГ			1.1-10 мМЕ/мл
Е2 (эстрадиол)			13-191 нг/мл
пролактин			69-750 мМЕ/мл
кортизол (по показаниям)			
тестостерон			0-3.1 нмоль/л
СТГ (по показаниям)			
Т4св.			10.3-24.5 нмоль/л
АТ ТПО			<35
ТТГ			0.3-4.0 мМЕ/л
АМГ			до 8,9 нг/мл
прогестерон – 21-й д.ц.			10-94 нмоль/л

**ПЦР анализ на ИППП** - дата анализа \_\_\_\_\_

Инфекция	Результат	Титр
Ureaplasma species		
Chlamydia trachomatis		
Mycoplasma genitalium		
Mycoplasma hominis		
Trichomonas vaginalis		
Neisseria gonorrhoeae		
ЦМВ		
ВПГ 1 и 2 типа		

**Исследование сыворотки крови методом ИФА** - дата анализа \_\_\_\_\_

Инфекции	Ig M	норма	IgG	норма
ЦМВ				
ВПГ 1 и 2 типа				
краснуха				
токсоплазмоз				

**Мазок на флору:** дата анализа \_\_\_\_\_

	V	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки Нейсера	Не обнаружено	

Трихомонады	Не обнаружено
Флора	

**Кольпоскопия** : дата анализа \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Заключение:

**Цитологическое исследование мазков шейки матки:** от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Заключение:

**УЗИ (трансвагинальное) матки и придатков** (срок действия 6 мес):

дата \_\_\_\_\_, день цикла \_\_\_\_\_

(на 2-5 день цикла с оценкой числа антральных фолликулов и их размера)

Дать описание: Сканируется матка (\* \* мм), правильной формы. Контуры матки ровные, четкие. Объем куб. см Шейки матки стенки однородной экоструктуры.

Цервикальный канал ровный без деформаций. Правый яичник \* \* мм Объем

куб. см количество фолликулов на срезе -, диаметром от до мм Левый яичник \*

\* мм Объем куб. см. количество фолликулов на срезе -, диаметром от до мм

Образований в малом тазу есть/нет. Свободной жидкости в малом тазу есть/нет.

Заключение:

20 - 22 день менструального цикла

(Толщина и качество эндометрия, наличие желтого тела в яичнике).

**ЭКГ:** дата \_\_\_\_\_

Вольтаж \_\_, ЭОС \_\_, ЧСС \_\_

Заключение:

**ФЛЮ гр. клетки:** дата \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Заключение:

**УЗИ молочных желез:** дата \_\_\_\_\_

Заключение:

**Маммография:** дата \_\_\_\_\_

(в возрасте старше 35 лет или при выявлении патологии по результатам УЗИ )

Заключение:

**УЗИ щитовидной железы:** дата \_\_\_\_\_

Заключение:

**Консультация эндокринолога** (по показаниям): дата \_\_\_\_\_

Диагноз:

**Консультация маммолога** (по показаниям) дата \_\_\_\_\_

Диагноз:

**Консультация терапевта:** дата \_\_\_\_\_ Диагноз:

**Муж: Ф.И.О., дата рождения, возраст**

**Группа крови резус фактор:** дата анализа: \_\_\_\_\_,

результат: \_\_\_\_\_

Инфекция	Дата анализа	Результат
антитела к Бледной трепонеме		не обнаружено

антитела к ВИЧ 1/2		не обнаружено
HbsAg		не обнаружено
антитела к вирусному гепатиту С		не обнаружено

**ФЛЮ** гр. клетки: дата \_\_\_\_\_ № Заключение: \_\_\_\_\_

**ИППП (ПЦР):** дата анализа \_\_\_\_\_

Инфекция	Результат	Титр
Ureaplasma spp		
Chlamydia trachomatis		
Mycoplasma genitalium		
Micoplazma hominis		
Trichomonas vaginalis		
neisseria gonorrhoeae		
ЦМВ		
ВПГ 1 и 2 типа		

**Исследование на антигены ВПГ (ПЦР кровь):** дата \_\_\_\_\_,  
результат: \_\_\_\_\_

**Урогенитальный мазок на флору:** дата анализа \_\_\_\_\_

	U
Лейкоциты	
Пл. эпителий	
Гонококки Нейсера	Не обнаружено
Трихомонады	Не обнаружено
Флора	

**Спермограмма:** дата анализа \_\_\_\_\_

Воздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл	> 20 млн/мл
Время разжижения		< 60 мин	Кол-во сперматозоидов в эякуляте	> 40 млн/мл
Объем эякулята		2-4 мл	Подвижных	> 50%
Вязкость		N	Из них: быстрых прогрессивных «а»	> 25 %
Цвет		серо-молочн.	средних «в»	
РН		7,2-7,8	медленных «с»	
Агглютинация		нет	неподвижных	< 50 %
Лейкоциты		< 1 млн/мл	Ср прогрессивная скорость сперм «а»	

Спермоцитогамма		
Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ > 30 %; по Крюгеру > 4%)		Сперматозоиды с патологической морфологией
Сперматиды		1. головки
Особенности:		2. шейки
		3. хвоста
		4. смеш. типа

Заключение:

**Заключение уролога** (андролога) по показаниям: дата \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

**Заключение генетика** (кариотип): дата \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

(супругам, имеющим в анамнезе, в том числе у родственников, пороки развития плода, хромосомные болезни, а также, женщинам, страдающим первичной аменореей; женщинам старше 35 лет; мужчинам с тяжелым нарушением сперматогенеза неясной этиологии)

**Заключение врачебной комиссии учреждения** от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Показано проведение процедуры ЭКО за счет средств ОМС.

(заключение)

Место печати

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_

Приложение № 6  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 07.06.20 № 600

В Департамент здравоохранения  
города Севастополя

\_\_\_\_\_  
Фамилия (именительный падеж)

\_\_\_\_\_  
Имя (именительный падеж)

\_\_\_\_\_  
Отчество (именительный падеж)

Место жительства: г. Севастополь,

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий  
личность: паспорт гражданина РФ

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон:  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования.

Почтовый адрес, E-mail для направления письменных ответов и уведомлений:

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 7  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 09.06.20 № 600

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных с целью организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (ЭКО) и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие распространяется на следующую информацию:

1. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

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

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

(почтовый адрес)

4. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

5. Данные страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования гражданки \_\_\_\_\_

6. Данные страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена (подчеркнуть).

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

Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки)

---

зарегистрированы

Принял \_\_\_\_\_

(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_

(дата приема заявления)

Приложение № 8  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 07.06.20 № 600

**ПРОТОКОЛ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_**  
**заседания Комиссии Департамента здравоохранения города Севастополя**  
**по отбору пациентов для проведения ЭКО**

**Фамилия имя отчество (при наличии) пациента:**

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Домашний адрес:** \_\_\_\_\_

**ДИАГНОЗ ОСНОВНОЙ:** \_\_\_\_\_

**Код по МКБ-10:** \_\_\_\_\_

**Заключение Комиссии:**

Показано / не показано направление пациента на лечение в плановом порядке в

\_\_\_\_\_ (медицинская организация, в которую направляется пациент для лечения бесплодия методом ЭКО с учетом выбора пациента)

- проголосовали: «за» \_\_\_\_\_ «против» \_\_\_\_\_ «единогласно»  
(нужное подчеркнуть)

**Номер (шифр) пациента \_\_\_\_\_ в Листе ожидания**  
**Рекомендации комиссии \_\_\_\_\_**

Председатель \_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_

Приложение № 9  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 07.06.20 № 600

**Направление  
для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

---

(ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

---

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

---

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

---

(полис ОМС)

(СНИЛС)

---

(адрес регистрации/места жительства)

---

(код диагноза по МКБ)

---

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

---

Правительство Севастополя  
Департамент здравоохранения города Севастополя  
г. Севастополь, 299011, ул. Ленина, 2, тел./факс (0692) 54-23-67,  
e-mail: sevzdrav@sev.gov.ru

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения,  
выдавшего направление)

---

(ФИО должностного лица)

М.П.

(должность)

Приложение № 10  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 07.06.20 № 600

**Направление  
для проведения процедуры переноса  
криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

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

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации/места жительства)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ)

\_\_\_\_\_  
(первичное/повторное обращение для проведения процедуры криопереноса)

Правительство Севастополя  
Департамент здравоохранения города Севастополя  
ул. Ленина, 2, г. Севастополь, 299011, тел./факс (0692) 54-23-67,  
e-mail: sevzdrav@sev.gov.ru

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации  
в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(ФИО должностного лица)

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(должность)

Приложение № 11  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 01.06.20 № 600

Регистр пациентов, находящихся на диспансерном учете,  
с диагнозом: Нарушение репродуктивной функции

Медицинская организация \_\_\_\_\_

N п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Адрес по прописке	Адрес фактического места проживания	Телефон	СНИЛС	Развернутый диагноз и Шифр по МКБ - 10	Дата обращения	Дата постановки на учет	Сопутствующие диагнозы. ЭГП	Проведенное лечение	Длительность наблюдения	Результат лечения, с указанием даты окончания лечения	Дата и причина снятия с учета	Тактика ведения на последние 6 мес (использование ВРТ)
															28

Главный врач \_\_\_\_\_

\* Форма диспансерного наблюдения ведется врачом акушером-гинекологом и заполняется трижды за время диспансерного наблюдения:

Первый раз - врачом женской консультации при выявлении у пары нарушений репродуктивной функции, подлежащей диспансерному наблюдению;

Второй раз - врачом центра охраны здоровья семьи репродукции при выявлении причин бесплодия и формировании

развернутого диагноза;

Третий раз - по результатам проведенной терапии.

Сведения, вносимые в форму, включают персональные данные и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ.

Приложение № 12  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 07.06.20 № 600

### Сроки действия медицинских исследований

#### Женщина

ВИЧ	3 мес.
Сифилис	3 мес.
Гепатит В	3 мес.
Гепатит С	3 мес.
Группа крови, резус фактор	однократно
Клинический анализ крови	1 мес.
Общий анализ мочи	1 мес.
Биохимический анализ крови	1 месяц
Коагулограмма	1 месяц
<b>Гормональное обследование</b>	6 месяцев
ФСГ	
ЛГ	
Е2	
пролактин	
кортизол (по показаниям)	
тестостерон	
СТГ (по показаниям)	
Т4св.	
ТТГ	
АМГ (антимюллеровый гормон)	
прогестерон – 21-й день цикла или за 7 дней до начала менструации	
Другие гормональные исследования по показаниям	
<b>ПЦР мазки на ИППП:</b>	6 мес.
Ureaplasmaurealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ЦМВ	
ПГ 1 и 2 типа	
<b>TORCH: (Ig G, Ig M)</b>	6 мес.
ЦМВ	
ВПГ 1 и 2 типа	

Краснуха	
Токсоплазмоз	
Мазок на флору	1 мес.
Кольпоскопия	1 год
Цитологическое исследование мазков шейки матки	1 год
УЗИ матки и придатков: на 2-3 д.ц. с оценкой числа антральных фолликулов и их размера	3 мес.
ЭКГ	1 год
ФЛЮ	1 год
УЗИ молочных желез	1 год
Маммография (в возрасте старше 35 лет)	1 год
УЗИ щитовидной железы	1 год
Консультация эндокринолога (по показаниям)	1 год
Консультация маммолога (по показаниям)	1 год
Консультация терапевта	1 год

Мужчина:

Группа крови резус фактор	однократно
ВИЧ	3 мес.
Сифилис	3 мес.
Гепатит В	3 мес.
Гепатит С	3 мес.
ФЛЮ	1 год
<b>ПЦР мазки на ИППП:</b>	6 мес.
Ureaplasmaurealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ЦМВ	
ВПГ 1 и 2 типа	
Антиген ВПГ (ПЦР кровь)	1 год
Спермограмма	6 мес.
МАР-тест при агглютинации сперматозоидов(по показаниям)	6 мес.
Мазок на флору	3 мес.
Заключение уролога (андролога) по показаниям	6 мес
Заключение генетика (кариотип) (супругам, имеющим в анамнезе, в том числе у родственников, пороки развития плода, хромосомные болезни, а также, женщинам, страдающим первичной аменореей); супруги после 35 лет, мужской фактор бесплодия	однократно
Пайпель-биопсия эндометрия/гистероскопия	1 год/по показаниям

Приложение № 13  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 04.06.20 № 600

**Лист ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в процедуре ЭКО**

№	Шифр пациента	Медицинская организация, выбранная для проведения ЭКО	Дата и решение Комиссии Департамента	Результат решения медицинской организации, выполняющей ЭКО	Сведения о процедуре ЭКО	Признак обращения

Приложение № 14  
 к приказу Департамента  
 здравоохранения  
 города Севастополя  
 от 04.06.20 № 606

**Журнал регистрации пациентов, направленных в Комиссию по отбору пациентов для проведения ЭКО**

№ п/п	ФИО	Шифр	Дата рождения	Домашний адрес	Телефон	Диагноз	Дата заседания комиссии	Решение комиссии	Медицинская организация, в которую направлена пациентка для проведения ВРТ методом ЭКО	Сведения о проведении лечения	Примечание

Приложение № 15  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 01.06.20 № 600

Отчет \_\_\_\_\_  
(учреждение здравоохранения)

**о результатах выполненных процедур ЭКО  
и динамического наблюдения пациента**

№ п/п	ФИО	Шифр	Медицинская организация	Дата ЭКО	Результат	Динамическое наблюдение							
						Беременность прогрессирует		Прерывание беременности		Роды			
						дата	срок	дата	срок	дата	срок		