



## ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

### ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

---

#### П Р И К А З

«07» 02.2022

№ 59

Об организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием 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 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановления Правительства Севастополя от 29.12.2020 № 744-ПП «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Севастополе на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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 обследования пациентов для определения показаний к применению ВРТ. (Приложение № 2).

1.3. Форму выписки из медицинской карты амбулаторного больного для направления на лечение с применением ВРТ (Приложение № 3).

1.4. Форму направления для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной

программы обязательного медицинского страхования с информационным письмом руководителю медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО (Приложение № 4).

1.5. Формы отчетов о результатах выполненных процедур ЭКО и динамического наблюдения пациента (Приложение № 5).

2. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя «Медицинский информационно-аналитический центр» в срок до 08.02.2021 создать в автоматизированной информационной системе лечебно-профилактических учреждений (далее – АИС ЛПУ):

2.1. Раздел «Мониторинг лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции» с включением формы регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом: Бесплодие (Приложение № 6).

2.2. Создать Лист ожидания пациентами процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования и Лист ожидания пациентами процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – листы ожидания) для внесения данных пациентов заведующими женских консультаций (Приложение № 7).

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. Обследование пациентов согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и утвержденным настоящим приказом Положением.

3.3. Своевременную выдачу лечащими врачами направлений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

3.5. Предоставление отчетов о результатах выполненных процедур ЭКО и динамического наблюдения пациентов главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным согласно Приложению № 6 к настоящему приказу.

3.6. Ведение регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете, с диагнозом: Бесплодие в АИС ЛПУ.

3.7. Своевременную актуализацию данных в листах ожидания в АИС ЛПУ заведующими женских консультаций.

4. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента предоставлять:

4.1. Отчет об объемах медицинской помощи с применением ЭКО в Управление организации медицинской помощи Департамента ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

4.2. Данные для обновления информации в листах ожидания на сайте Департамента главному внештатному специалисту – пресс-секретарю Департамента не реже 1 раза в 2 недели.

5. Главному внештатному специалисту – пресс-секретарю Департамента:

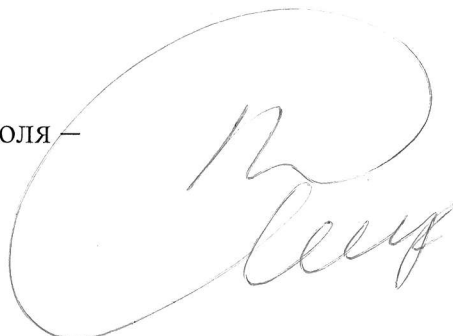
5.1. Размещать и актуализировать данные в листах ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в процедуре ЭКО на сайте Департамента с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных;

5.2. Разместить настоящий приказ на официальном сайте Департамента.

6. Считать утратившими силу приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 01.06.2020 № 600 «Об организации направления пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Солдатову А.В.

Директор Департамента  
здравоохранения города Севастополя –  
член Правительства Севастополя



В.С. Денисов

**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 или в Центр охраны здоровья семьи и репродукции ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» пациенткам с жалобами на отсутствие беременности, лечащий врач акушер-гинеколог медицинской организации осуществляет постановку на диспансерный учет и назначает первичное обследование (Приложение № 2).

2.2. С результатами первичного обследования пациентка из женской консультации может быть направлена на специализированный прием в Центр охраны здоровья семьи и репродукции ГБУЗС «Городская больница № 5 – «ЦОЗМиР» (далее – Центра охраны здоровья семьи и репродукции) для составления индивидуального плана диагностических мероприятий. Пациентки со сложными и спорными клиническими случаями могут направляться на консультацию к главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Департамента здравоохранения города Севастополя.

2.3. 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» и не должны

превышать 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия. 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 лечащим врачом акушером-гинекологом (в женской консультации) и/или врачом урологом-андрологом (в поликлинике по месту прикрепления) или Центра охраны здоровья семьи и репродукции (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 12 месяцев пациентам моложе 35 лет и 6 месяцев при возрасте женщины старше 35 лет, возрасте мужчины старше 40 лет. После истечения указанных сроков пациентке должно быть предложено лечение бесплодия с применением ВРТ.

3.5. В случае решения пациентки продолжить лечение бесплодия с использованием ВРТ, ее данные лечащий врач передает заведующему женской консультацией, который в свою очередь заносит сведения о пациентке в электронный лист ожидания в АИС ЛПУ. При неустранимых причинах бесплодия при помощи других методов (например, абсолютный трубный фактор) пациентка включается в лист ожидания сразу после первичного обследования.

3.6. 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.

3.7. Второй этап лечения (с применением ВРТ) заключается в проведении базовой программы лечения с применением ВРТ.

Лечащий врач оформляет выписку установленного образца на основании обследований, пройденных пациенткой и ее партнером в медицинской организации и выдает направление для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - направление), строго соблюдая очередность согласно электронному листу ожидания.

При выдаче направления лечащий врач должен удостовериться в годности

результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ и искусственной инсеминации в соответствии со сроками, установленными приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Вместе с направлением пациентам выдается информационное письмо для руководителя медицинской организации, в которой будет осуществляться лечение бесплодия с использованием ВРТ (Приложение к направлению).

Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом.

В случае наличия ограничений для проведения программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов применение программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов происходит после устранения выявленных ограничений.

3.8. При неудачной попытке ЭКО или криопереноса пациентка может быть включена в лист ожидания повторно.

**Перечень обследования пациентов для определения показаний  
к применению ВРТ**

**I. Обследование женщины:**

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), АТТПО, прогестерона (за 7 дней до менструации), общего эстрадиола в крови.
12. Определение иммуноглобулинов М и G крови к краснухе.
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 (женщинам 40 лет и старше).
19. Ультразвуковое исследование органов малого таза, включая определение количества антральных фолликулов в раннюю фолликулярную фазу цикла.
20. Ультразвуковое исследование молочных желез.
21. Оценка проходимости маточных труб.

**Обследование мужчины:**

1. Консультация уролога (андролога) по месту прикрепления в поликлинике или в Центре охраны здоровья семьи и репродукции (по выбору пациента).
2. Исследование эякулята партнера согласно руководству ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека (2010).
3. Определение группы крови и резус-фактора.
4. Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.
5. Молекулярно-биологическое обследование отделяемого методом ПЦР на *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma species*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*.

**II. Дополнительное обследование при наличии показаний:**

1. Консультации смежных специалистов по показаниям в медицинской организации по месту прикрепления пациента.
2. Проведение лапароскопии и гистероскопии (при наличии показаний).
3. Консультация в МГК, кариотипирование супругов.
4. Биопсия эндометрия

Приложение № 3  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 01.02.2021 № 89

**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: № xxxxxxxxxxxxxxxx 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 массы тела

**Аллергологический анамнез:**

**Гемотрансфузии:**

**Наследственный анамнез:**

**Лues, 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 $10^9/L$
базофилы		
эозинофилы		
миелоциты		
метамиелоциты		

палочкоядерные		
сегментоядерные		
лимфоциты		
моноциты		

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

Показатель	Значение	Норма
Количество		
Цвет		соломенно-желтый
Белок		отрицательно
pH		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
E2 (эстрадиол)			13-191 нг/мл
пролактин			69-750 мМЕ/мл
тестостерон			0-3.1 нмоль/л
T4св.			10.3-24.5 нмоль/л
АТ ТПО			<35
ТТГ			0.3-4.0 мМЕ/л
АМГ			до 8,9 нг/мл

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

Инфекция	Результат	Титр
Ureaplasma species		
Chlamydia trachomatis		
Mycoplasma genitalium		
Mycoplasma hominis		
Trichomonas vaginalis		
Neisseria gonorrhoeae		

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

Инфекции	Ig M	норма	IgG	норма
краснуха				

**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 эхоструктуры.

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 40лет )

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		

**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»		
Спермоцитограмма					
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; мужчинам с тяжелым нарушением сперматогенеза неясной этиологии, при неуточненном бесплодии при привычном невынашивании, при повторных неудачных попытках ЭКО).

Диагноз: \_\_\_\_\_

Заключение: Показано проведение процедуры ЭКО за счет средств ОМС.

М.П.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий ЖК \_\_\_\_\_

Приложение № 4  
к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 01.02.2021 № 89

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

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

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

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

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

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

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ-10)

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

\_\_\_\_\_  
Наименование медицинской организации, в которой выдано направление  
контактные данные адрес, телефон, адрес электронной почты

\_\_\_\_\_  
должность

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Приложение  
к Направлению для проведения  
программы ЭКО, утвержденного  
приказом Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 01.02.2021 № 89

**Информационное письмо руководителю медицинской организации,  
выполнившей процедуру ЭКО**

Уведомляем Вас о том, что в соответствии с п. 22 Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению, утвержденного приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», медицинская организация, выполнившая программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, направляет справку о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Справка) в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания программы ЭКО (перенос эмбриона в полость матки) и (или) изолированного переноса криоконсервированных эмбрионов (криопереноса) (**электронный и/или почтовый адрес** медицинской организации \_\_\_\_\_).

Справка оформляется в виде документа на бумажном носителе или в формате электронного документа. Форма справки утверждена приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

С целью формирования отчетности, планирования объемов оказания услуг по лечению бесплодия с применением ВРТ, просим Вас также одновременно направлять данную Справку в форме электронного документа на электронную почту Департамента здравоохранения города Севастополя [det.sevzdrav@sev.gov.ru](mailto:det.sevzdrav@sev.gov.ru).







Приложение № 7  
 к приказу Департамента  
 здравоохранения  
 города Севастополя  
 от 01.01.2024 № 89

**Форма Листа ожидания пациентами процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств  
 обязательного медицинского страхования**

№ п/п	Код пациента	Дата обращения за направлением на ЭКО	Дата выдачи направления на ЭКО	Дата выполнения процедуры ЭКО

**Форма Листа ожидания пациентами процедуры переноса криоконсервированного эмбриона  
 за счет средств обязательного медицинского страхования**

№ п/п	Код пациента	Дата обращения за направлением на процедуру криопереноса	Дата выдачи направления на процедуру криопереноса	Дата выполнения криопереноса