

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Саратов

# Об организации работы по отбору и направлению пациентов

# на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

В целях совершенствования организации работы по отбору и направлению граждан, проживающих на территории Саратовской области, на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования, 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», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», с клиническими рекомендациями (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации № 15-4/И/2-1913 от 05.03.2019) и клиническими рекомендациями (протокол лечения) «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация» (письмо Министерства здравоохранения РФ № 15-4/И/2-1908 от 05.03.2019)

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1 алгоритм направления пациентов на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) (приложение 1);

1.2 Положение о деятельности Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС (приложение 2);

1.3 состав Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС (приложение 3);

1.4 форму Протокола заседания Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС (приложение [4](#sub_3000));

1.5 форму сводного Протокола решения Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС ([приложение](#sub_9000) 5);

1.6 форму Направления на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС ([приложение](#sub_4000) 6);

1.7 форму заявления на проведение лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС ([приложение](#sub_5000) 7);

1.8 форму согласия пациента на обработку персональных данных ([приложение](#sub_6000) 8);

1.9 форму «Выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение 9);

1.10 форму «Регистр пациенток с бесплодием в женских консультациях» (приложение 10);

1.11 форму«Отчет по ведению пациенток с бесплодием» (приложение 11);

1.12 форму «Отчет медицинской организации, выполнившей ВРТ за счет средств ОМС» (приложения 12 - 15).

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области, обеспечить:

2.1 организацию обследования пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, 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», с клиническими рекомендациями (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации № 15-4/И/2-1913 от 05.03.2019);

2.2 проведение информационно - разъяснительной работы о порядке отбора и направления на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, в том числе путем размещения информации на информационных стендах и официальных сайтах медицинских организаций в информационно -телекоммуникационной сети Интернет;

2.3 диспансерное наблюдение и ведение регистра пациенток с бесплодием в соответствии с приложением 10 к настоящему приказу;

2.4 предоставление ежеквартального отчета по ведению пациенток с бесплодием в Центр охраны здоровья семьи и репродукции ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» по адресу: г. Саратов, ул. Пугачева, д. 78 в соответствии с приложением 11 к настоящему приказу. Срок - до 3 числа месяца, следующего за отчетным;

2.5 своевременное направление пациентов в Центр охраны здоровья семьи и репродукции ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» на Комиссию по отбору пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС в соответствии с Порядком направления на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

3. Главному врачу ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» обеспечить:

3.1 подготовку супружеских пар к проведению лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС;

3.2 сбор, хранение и анализ информации о проведенных процедурах ВРТ в медицинских организациях всех форм собственности;

3.3 мониторинг ведения пациенток с беременностями после ВРТ и проведение анализа их исходов;

3.4 предоставление сводного отчета о результатах работы отделения вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с приложениями 12, 13 к настоящему приказу в управление по охране материнства и детства министерства здравоохранения Саратовской области. Срок – ежемесячно до 3 числа месяца, следующего за отчетным;

3.5 направление электронной версии сведений мониторинга оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (ЭКО)» и сведения о медицинских организациях, оказывающих процедуру ЭКО, в соответствии с приложениями 14, 15 к настоящему приказу в управление по охране материнства и детства министерства здравоохранения Саратовской области для размещения информации на [официальном сайте](http://home.garant.ru/document?id=9439064&sub=53). Срок – ежемесячно до 3 числа месяца, следующего за отчетным.

4. Руководителям медицинских организаций всех форм собственности, оказывающих медицинскую помощь с использованием ВРТ, в том числе за счет средств ОМС, обеспечить предоставление отчета медицинской организации об объемах и результатах оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в соответствии с приложениями 14, 15 к настоящему приказу в организационно-методический отдел ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» по защищенному каналу связи. Срок - ежемесячно до 1 числа месяца, следующего за отчетным.

5. Настоящий приказ подлежит [официальному опубликованию](http://home.garant.ru/document?id=45022851&sub=0) в средствах массовой информации.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его [официального опубликования](http://home.garant.ru/document?id=45022851&sub=0).

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра Шувалова С.С.

|  |  |
| --- | --- |
| **Министр** | **О.Н. Костин** |

Приложение 1 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

**Алгоритм направления пациентов на лечение бесплодия**

**с помощью вспомогательных репродуктивных технологий**

**за счет средств обязательного медицинского страхования**

1. Настоящий Алгоритм направления пациентов на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования регулирует вопросы организации медицинской помощи гражданам с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территории Саратовской области.

2. Выявление граждан с бесплодием осуществляется в медицинских организациях Саратовской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В женских консультациях для обеспечения мониторинга, контроля и анализа диспансерного наблюдения женщин с бесплодием ведется регистр в соответствии с приложением 10 к настоящему приказу.

Регистр пациенток с бесплодием (приложение 10), отчет по ведению пациенток с бесплодием (приложение 11) представляются в Центр охраны здоровья семьи и репродукции ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области», по адресу: г.Саратов, ул. Пугачева, д. 78, по защищенному каналу связи ежеквартально до 3 числа месяца следующего за отчетным.

3. Длительность этапа обследования пациентов перед направлением на Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС не должна превышать 6 месяцев с момента установления диагноза.

До начала обследования необходимо исключить наличие противопоказаний к проведению базовой программы ВРТ (приложение № 2 к приказу Минздрава России от 30.08.2012 № 107 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»).

4. Выбор метода лечения бесплодия по окончании обследования определяется комиссионно на заседании врачебной комиссии медицинской организации, направляющей пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

При положительном решении вопроса о возможности применения ВРТ за счет средств ОМС документы направляются на Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

5. На Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС предоставляются следующие документы:

выписка из амбулаторной карты, оформленная в соответствии с приложением 9 к настоящему приказу;

заявление пациента на проведение лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, оформленное в соответствии с [приложением](#sub_5000) 7 к настоящему приказу;

согласие пациента на обработку персональных данных, оформленное в соответствии с [приложением](#sub_6000) 8 к настоящему приказу.

Указанные документы (два экземпляра) и информация о супружеской паре предоставляются еженедельно по средам в 13 часов 00 минут секретарю Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС в ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» (г.Саратов, ул. Пугачева, д. 78).

Направление на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС действительно до окончания календарного года, в котором оно было выдано.

6. В случае отсутствия рождения ребенка (детей) по результатам проведенного лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС пациентка (при желании) возвращается в лист ожидания для повторного использования ВРТ (не более 2 программ ЭКО в год или не более 4 процедур криопереносов в год) в порядке общей очередности и повторно направляется на Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

7. Оплата медицинских услуг, не предусмотренных стандартом медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», в рамках базовой программы ОМС не производится.

Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО не входящих в базовую программу ОМС (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, хранение криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, предимплантационная диагностика), производится дополнительно за счет личных средств граждан и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Приложение 2 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

# Положение о Комиссии по отбору и направлению пациентов

**на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования**

1. Комиссия по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) (далее - Комиссия) является постоянно действующим коллегиальным координационным органом, образованным в целях обеспечения отбора и направления граждан Российской Федерации, проживающих на территории Саратовской области (далее - пациентов), в медицинские организации для проведения лечения бесплодия с помощью ВРТ, в том числе процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО), за счет средств ОМС.

2. В своей работе Комиссия руководствуется [Конституцией](http://home.garant.ru/document?id=10003000&sub=0) Российской Федерации, федеральными законами Российской Федерации об охране здоровья граждан, нормативными правовыми актами Президента, Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Правительства Саратовской области, министерства здравоохранения Саратовской области, настоящим Положением о Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

3. Основными задачами Комиссии являются организация отбора и своевременного обоснованного направления пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ, в том числе ЭКО, за счет средств ОМС.

4. Полномочия Комиссии:

4.1 отбор пациентов для направления на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС в медицинскую организацию (в соответствии с перечнем, утвержденным ФФОМС и Министерством здравоохранения Российской Федерации);

4.2 формирование и ведение листа ожидания лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, который размещается на [официальном сайте](http://home.garant.ru/document?id=9439064&sub=53) министерства здравоохранения Саратовской области.

5. Права Комиссии:

5.1 рассматривать документы в отношении пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с помощью ВРТ в медицинской организации;

5.2 направлять пациентов на дополнительное клинико-диагностическое обследование в медицинские организации в соответствии с медицинскими показаниями;

5.3 принимать решение о возможности/невозможности направления пациентов в медицинские организации на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС;

5.4 запрашивать в установленном порядке у руководителей медицинских организаций информацию, необходимую для решения вопросов, относящихся к компетенции Комиссии.

6. Организация деятельности Комиссии.

6.1. Комиссия состоит из председателя, секретаря и членов Комиссии.

6.2. Комиссию возглавляет председатель. В случае его отсутствия, обязанности председателя исполняет заместитель министра, замещающий его должность.

6.3. Заседания Комиссии проводятся не реже 1 раза в месяц.

6.4. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее двух третей ее членов от состава, утвержденного настоящим приказом.

6.5. В случае отсутствия членов Комиссии, определенных согласно приложению 3 к настоящему приказу, на Комиссии присутствуют лица, их замещающие, с правом голоса на заседании Комиссии.

6.6. Решения Комиссии принимаются простым большинством голосов от общего числа присутствующих на заседании членов Комиссии путем открытого голосования и оформляются протоколом по форме в соответствии с приложением 4 к настоящему приказу, который подписывается председателем Комиссии, секретарем и членами Комиссии. При равенстве голосов председатель Комиссии имеет право решающего голоса.

6.7. Заседание Комиссии проводится без приглашения заявителя.

6.8. Комиссия рассматривает поступившие от медицинских организаций документы пациентов.

6.9. Секретарь Комиссии:

6.9.1 проводит подготовку очередного заседания Комиссии, проверяет правильность оформления предоставленных документов;

6.9.2 обеспечивает ведение журнала заседаний Комиссии, оформление Сводного протокола Комиссии в соответствии с [приложением](#sub_9000) 5 к настоящему приказу;

6.9.3 документы, полученные из медицинских организаций, хранятся в ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» в течение 5 лет.

6.10. Комиссия рассматривает медицинские документы пациентов и выносит соответствующее решение:

о направлении пациента в медицинскую организацию для проведения лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС;

о направлении пациента на проведение дообследования (с указанием необходимого объема обследования и названия медицинской организации, где оно будет проводиться), в случае если имеющиеся в распоряжении Комиссии данные не позволяют сделать однозначного вывода о наличии либо отсутствии показаний к лечению бесплодия с помощью ВРТ;

об отказе пациенту в направлении на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС с указанием причин отказа.

Комиссия принимает решение о необходимости направления пациентов на лечение на основании:

данных из предоставленной медицинской документации пациентов;

данных о наличии/отсутствии возможности оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС в соответствии с [порядком](http://home.garant.ru/document?id=70218364&sub=1000) использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденным [приказом](http://home.garant.ru/document?id=70218364&sub=0) Минздрава России от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

6.11. При положительном решении Комиссии пациентам или их законным представителям выдается направление на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС в соответствии с приложением 6 к настоящему приказу.

6.12. При отсутствии беременности после проведения программы ЭКО пациенты могут повторно включаться Комиссией в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

6.13. Информация о количестве пациентов, направленных на проведение лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, о выбранной ими медицинской организации для проведения ВРТ, о количестве пациентов, повторно включенных в лист ожидания Комиссией, в течение 5 рабочих дней после подписания протокола предоставляется в адрес ТФОМС Саратовской области.

6.14. Решения Комиссии могут быть обжалованы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Приложение 3 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

# Состав Комиссии

# по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия

# с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

# за счет средств обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Председатель | Шувалов С.С. | Первый заместитель министра здравоохранения Саратовской области |
| Сопредседатель | Грайфер Д.А. | И.о. заместителя министра – начальник управления по охране материнства и детства министерства здравоохранения Саратовской области |
| Секретарь | Хитрова Е.В. | Секретарь руководителя ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» |
| Члены комиссии: |  |  |
|  | Дудина С.А. | Заместитель начальника управления - начальник отдела медицинской помощи матери и ребенку управления по охране материнства и детства министерства здравоохранения Саратовской области |
|  | Ермолаева Е.И. | Главный врач ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» |
|  | Кузьмина С.А. | Заместитель главного врача по охране здоровья семьи и репродукции ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» |
|  | Гулиева О.Ф. | Заместитель главного врача по поликлинической работе ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» |
|  | Статут И.А. | Ведущий специалист, врач акушер – гинеколог, репродуктолог отделения акушерства - гинекологии с использованием ВРТ ООО «Медицинская клиника «СОВА» |
|  | Долгова Е.М. | Главный врач ООО «МЦ «Врачебная практика» |
|  | Соломенникова Л.Л. | Врач репродуктолог АО «Клиника доктора Парамонова» |

Приложение 4 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Протокол

заседания Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия

с помощью ВРТ за счет средств ОМС

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_

Комиссия по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования рассмотрела медицинские документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

Адрес регистрации/места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Шифр пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст пациента \_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер, выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

код диагноза по [МКБ-10](http://home.garant.ru/document?id=4000000&sub=0) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение Комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Председатель/Сопредседатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Приложение 5 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Саратовской области

улица Рабочая, здание145/155, помещение 34, город Саратов, 410012

тел. (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00

Сводный протокол решения

Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия

с помощью ВРТ за счет средств ОМС

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_

Комиссия по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС, созданная приказом министерства здравоохранения Саратовской области от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, в составе: Шувалова С.С. (председателя), Хитровой Е.В. (секретаря); членов Комиссии: Дудиной С.А., Ермолаевой Е.И., Кузьминой С.А., Гулиевой О.Ф., Статуты И.А., Долговой Е.М., Соломенниковой Л.Л. рассмотрела медицинские документы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО | Год рождения | Адрес | Диагноз |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

Заключение Комиссии: разрешено/отказано в проведении лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

Рекомендации Комиссии по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия у него показаний для направления в медицинскую организацию для проведения ЭКО за счет средств ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель/Сопредседатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный секретарь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 6 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Саратовской области

улица Рабочая, здание145/155, помещение 34, город Саратов, 410012

тел. (845-2) 67-07-02; факс (845-2) 51-63-00

Направление

на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС

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

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

(Ф.И.О. 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)

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

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

Председатель/Сопредседатель Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

м.п.

Приложение 7 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Председателю Комиссии по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

Проживающей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

на проведение лечения бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС

Прошу рассмотреть представленные мною документы для направления на лечение бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения, за счет средств обязательного медицинского страхования в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Я ознакомлена с перечнем медицинских организаций, осуществляющих лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС как на территории Саратовской области, так и за ее пределами.

Я информирована о базовом (бесплатном) объеме медицинской помощи, в рамках проведения лечения бесплодия с помощью ВРТ, криоконсервации, разморозки и переноса размороженных эмбрионов за счет средств ОМС.

Я информирована о том, что ряд методик ВРТ не входит в базовую программу и не может быть оплачен за счет средств ОМС. При необходимости их применения в целях увеличения эффективности лечения, я согласна на их дополнительную оплату из личных средств по прейскуранту, действующему в медицинской организации.

Я имела возможность обсудить c лечащим врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 8 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Согласие

пациента на обработку персональных данных

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

в соответствии с требованиями [статьи 9](http://home.garant.ru/document?id=12048567&sub=9) Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО)

Приложение 9 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

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

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст (полных лет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства (с почтовым индексом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациентка направляется на Комиссию по отбору и направлению пациентов на лечение бесплодия с помощью ВРТ за счет средств ОМС.

Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: не отягощен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: отрицает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: не отягощен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Lues, туберкулез, вирусные гепатиты – отрицает\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесенные болезни: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИМТ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Менструальная функция: Возраст menarche \_\_\_\_ лет, менструации по \_\_\_ дней, через \_\_\_ дней, умеренные, регулярные, безболезненные.

Половая функция: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в браке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предохраняет ли себя от беременности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Репродуктивная функция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Перенесенные операции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проведенные программы ЭКО и ПЭ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата, место проведение, исход, прочие программы ВРТ)

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

Гинекологические заболевания и проведенная терапия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ. Основной: Бесплодие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код диагноза по МКБ-10 № \_\_\_\_.

Сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано лечение бесплодия методом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предполагаемая эффективность лечения методом ЭКО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зам. главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 10 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

**Регистр пациенток с бесплодием женской консультации ГУЗ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Ф.И.О. | Год  рожде-ния  /возраст | Место  диспансерн.  наблюдения/  врач | Дата  взятия на  д/учет по  бесплодию | Первич.  или  вторич. | Длительн.  лечения  бесплодия | Попытки ЭКО  в прошлом  (дата, место,  ОМС или  платно) | Исход ранее проведенных ЭКО | Диагноз по  МКБ-10 | Желание использовать ЭКО/ наличие  противопоказаний к ЭКО | Мед. Организ. по подготовке  к ЭКО | Мед. Организ. по проведению ЭКО | Дата  ЭКО | Беремен-  ность/  отриц. результат | Исход беремен-  ности/  Диагноз в родах | Сведения о новорож-  денных  детях |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 11 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

Отчет по ведению пациенток с бесплодием в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование МО)

**за 20\_\_\_ год**

ежемесячный, нарастающим итогом до 3 числа следующего месяца

**Заведующая женской консультацией (районный гинеколог)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **«Д» учет по бесплодию** (динамика) | | | | **Кол-во направленных на обследование по бесплодию:** | | **Число проведенных ЭКО за отчетный период** | | **Количество беременных после ЭКО проведенных за отчетный период** | **Число родов после ЭКО** |
| **Состояло на начало года** | **Взято за отчетный период** | **Снято за отчетный период** | **Состоит на конец отчетного периода** | **в ГУЗ КПЦСО** | **в другие ЛПУ** | **в ГУЗ КПЦСО** | **в других ЛПУ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) | | | | | | | |  |  |

Приложение 12 к [приказу](#sub_0) министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

**Ежемесячный мониторинг по выполнению процедур экстракорпорального оплодотворения в Саратовской области из всех источников финансирования (нарастающим итогом)**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц 20\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отчетный период | ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» | | | | | | | | Врачебная практика | | | | | | | | Клиника доктора  Парамонова | | | | | | | | Клиника Сова | | | | | | | | Другие регионы | | | | | | | | Выполнение годового плана % |
| План | | | | Факт | | | | План | | | | Факт | | | | План | | | | Факт | | | | План | | | | Факт | | | | План | | | | Факт | | | |
| ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | | ОМС | | х/р | |
| эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр | эко | кр |  |
| Январь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Январь-февраль |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Январь - март |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 13 к [приказу](#sub_0) министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

**Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года**

**(указать период)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Число запланированных процедур ЭКО по ОМС на год | | | Число запланированных процедур ЭКО по ОМС на месяц | | | Число выданных направлений на процедуры ЭКО по ОМС на месяц | | | Число женщин, оставшихся в листе ожидания для выдачи направления на ЭКО по ОМС на отчетную дату | | | Число выполненных процедур ЭКО за месяц | | | Число женщин, вставших на учет после ЭКО за месяц | | | ЧЧисло родов после ЭКО за месяц | Число детей, родившихся в результате ЭКО за месяц |
|  | Полный цикл | Криоперенос | всего | Полный цикл | Криоперенос | всего | Полный цикл | Криоперенос | всего | Полный цикл | Криоперенос | всего | Полный цикл | Криоперенос | всего | Полный цикл | Криоперенос | всего |
| Всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Январь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Февраль |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Март |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 14 к [приказу](#sub_0) министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

**Ежемесячный мониторинг выполнения плана по повышению доступности ВРТ,**

**в том числе ЭКО, за счет средств ОМС**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_ месяц 20 \_\_\_ года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( нарастающим итогом)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Страховой полис | Дата рождения | Адрес проживания | ККод МКБ 10 | № направления комиссии МЗО | Дата обращения в Мед. организацию | Дата проведения ЭКО | Место проведения ЭКО | Дата подтверждения беременности | Исход беременности: прерывание/роды (дата, срок беременности, количество детей) | |
|
| Прерывание бер-ти до 22 недель | Роды |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 15 к [приказу](#sub_0)  
министерства здравоохранения Саратовской области  
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Выполнение процедур ЭКО в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | Число выполненных процедур ЭКО за счет средств ОМС | | | | | | Число выполненных процедур ВРТ за личные средства (платные услуги) | | |
|  | КСЛП \_5.5=0,19 | КСЛП \_5.3=0,60 | КСЛП \_5.2=1,00 | КСЛП \_5.4=1,10 | ИНО-ОБЛАСТНЫЕ | ВСЕГО: | ЭКО | КРИО | ВСЕГО: |
| январь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| февраль |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| март |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| апрель |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| май |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| июнь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| июль |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| август |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сентябрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| октябрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ноябрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| декабрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| итого: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |