



Министерство здравоохранения Республики Карелия

ПРИКАЗ

г. Петрозаводск

от «02» июня 2022 года

№ 951

Об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в Республике Карелия

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», Клиническими рекомендациями (протокол лечения) «Женское бесплодие» и «Мужское бесплодие», в целях обеспечения оказания своевременной специализированной медицинской помощи пациентам с бесплодием и оценки ее эффективности, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Алгоритм направления пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) согласно приложению № 1.

1.2. Положение о комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 2.

1.3. Состав комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 3.

1.4. Форму протокола заседания комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 4.

1.5. Форму выписки из протокола заседания комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению №5.

1.6. Форму направления для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия согласно Приложению № 6.

1.7. Форму выписки из медицинской карты амбулаторного больного для направления на комиссию Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 7.

1.8. Форму отчета медицинской организации, выполнившей лечение пациента с бесплодием с использованием метода экстракорпорального оплодотворения и состояние листа ожидания согласно приложению № 8.

1.9. Перечень обследований, необходимых для установления причины бесплодия и выявления противопоказаний в целях дальнейшего проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (в рамках непосредственного оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи) согласно приложению № 9.

1.10. Перечень обследований, проводимых по отдельному тарифу, перед вступлением в протокол экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 10.

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Карелия, обеспечить:

2.1. Обследование пациентов, оформление и представление необходимых документов пациентов, направляемых на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств обязательного медицинского страхования на комиссию Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями на лечение бесплодия с применением ВРТ (далее – Комиссия) в соответствии с утвержденными алгоритмом и формами.

2.2. Информирование Комиссии о результатах проведенного лечения и динамическом наблюдении пациентов, ежемесячно в срок до 01 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, согласно утвержденной форме (приложение № 8 к настоящему приказу).

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Карелия от 1 апреля 2016 года № 611 «Об организации направления пациентов для лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования» считать утратившими силу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Г.Ю. Матвееву.

И.о. Министра



О.В. Руотцелайнен

**Алгоритм направления пациентов на лечение бесплодия с
применением вспомогательных репродуктивных технологий
(экстракорпоральное оплодотворение)**

1. Настоящий алгоритм подготовлен согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее - приказ Минздрава России № 803н).

2. Обследование супружеской пары (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение вспомогательных репродуктивных технологий) выполняется в медицинских организациях в соответствии с требованиями приказа Минздрава России № 803н.

3. Показания, ограничения и противопоказания для лечения бесплодия определяются лечащим врачом согласно приказу Минздрава России № 803н.

4. Для проведения процедуры с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) (далее – ВРТ; ЭКО) пациентка может по желанию выбрать и быть направлена в медицинские организации, выполняющие ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС):

4.1. входящие в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с использованием ЭКО в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на текущий год и плановый период (далее – территориальная программа), в том числе:

4.1.1. в соответствии с перечнем медицинских организаций, участвующих в территориальной программе;

4.1.2. в медицинские организации вне региона страхования, оказывающие медицинскую помощь с использованием ЭКО с оплатой по межтерриториальным расчетам (Письмо Минздрава России от 28.08.2013 г. №15-4/3179 «О направлении уточненного перечня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим бесплодием, с использованием метода экстракорпорального оплодотворения»);

4.2 в федеральные медицинские организации Российской Федерации, оказывающие медицинскую помощь с использованием ЭКО за счет средств базовой программы ОМС, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 29 апреля 2021 года № 682 «Об утверждении Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую

программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти» и приказом Минздрава России от 23 декабря 2020 г. № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

5. Вопрос о направлении пациентки на лечение бесплодия методом ЭКО за счет средств ОМС рассматривается на заседании врачебной комиссии медицинской организации с оформлением протокола (2-й экземпляр выписки из протокола направляется пациенту) согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

6. Пакет документов для направления на рассмотрение комиссией Министерства здравоохранения Республики Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (далее – Комиссия) включает: выписку из медицинской карты амбулаторного больного; заявление пациента с указанием выбранной медицинской организации в соответствии с п. 4 настоящего алгоритма; согласие пациента на обработку персональных данных; копии паспорта, страхового медицинского полиса, СНИЛС; протокол решения врачебной комиссии медицинской организации (при наличии). Пакет документов формируется направляющей медицинской организацией и представляется на Комиссию при наличии показаний и отсутствии противопоказаний для выполнения процедуры с применением ВРТ.

7. Заседания Комиссии проводятся еженедельно, по средам.

8. Комиссией оценивается полнота, достоверность, результаты выполненного обследования, показания, отсутствие противопоказаний и ограничений, а также наличие необходимых документов и правильность их оформления.

9. В случае положительного решения Комиссии о соблюдении требований по обследованию, наличию показаний, отсутствии ограничений и противопоказаний для лечения бесплодия методом ЭКО, пациентке выдается направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Карелия объемов государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия по ВРТ (при отсутствии утвержденных объемов, пациентка вносится в лист ожидания).

10. В случае отрицательного решения Комиссии (ненадлежащее оформление документов, недостающее, незавершенное обследование, наличие ограничений или противопоказаний, отсутствие показаний для ЭКО) пакет документов возвращается в медицинскую организацию.

11. Для проведения процедуры ЭКО пациентка может по желанию выбрать и быть направлена в медицинские организации, в соответствии с пунктом 4 настоящего алгоритма.

12. Информация о пациенте направляется Комиссией в медицинскую организацию, выполняющую ЭКО за счет средств ОМС, выбранную пациенткой.

13. Комиссией при выдаче направления пациенту на ЭКО предоставляется информация о выбранной пациентом медицинской организации, выполняющей процедуру ЭКО, в том числе почтовый и электронный адреса, список контактных телефонов.

14. Комиссия ведет учет сведений о пациентах, направленных и пролеченных с применением ЭКО.

15. В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО, беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью в соответствии с утвержденным порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

16. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ при условии соблюдения очередности.

17. С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, подача лечащим врачом документов на Комиссию для повторной попытки ЭКО осуществляется по результатам оценки состояния здоровья пациентки и ее возраста, с учетом вида ранее проведенного протокола ЭКО и наличия сопутствующих заболеваний.

Положение
о комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по
направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий

1. Комиссия по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Комиссия; ВРТ) в Республике Карелия создается при Министерстве здравоохранения Республики Карелия.

2. Заседание Комиссии проводится еженедельно по средам, с участием не менее 2/3 членов из состава комиссии.

3. Комиссия рассматривает представленные медицинскими организациями документы для направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ.

4. Документы, представленные не по утвержденной форме, Комиссией не рассматриваются и возвращаются в медицинскую организацию в срок до 10 рабочих дней.

5. Комиссия оценивает полноту, достоверность, результаты выполненных обследований, наличие показаний, отсутствие противопоказаний или ограничений, а также наличие необходимых документов и правильность их оформления.

6. Заключение Комиссии оформляется протоколом заседания Комиссии.

7. Секретарь Комиссии:

7.1 организует заседания Комиссии;

7.2 оформляет протоколы и направления пациенток в медицинские организации для проведения экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО);

7.3 информирует медицинские организации и пациентов о результатах рассмотрения Комиссией документов, представленных медицинской организацией;

7.4 ведет учет выданных направлений и сведений, полученных от медицинских организаций о выполнении процедуры ЭКО;

7.5 осуществляет сбор сведений о результатах проведения ЭКО медицинскими организациями, количестве женщин, вставших после проведения ЭКО на учет по беременности, количестве родов в результате ЭКО;

7.6 формирует и ведет установленную отчетность;

7.7. ежемесячно готовит и направляет отчетные данные в Министерство здравоохранения Российской Федерации;

8. Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии и главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин Министерства здравоохранения Республики Карелия осуществляет ежегодный анализ результатов и исходов процедур ЭКО, выполненных пациентам, направленным в медицинские организации, выполняющие ЭКО в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования.

**Состав комиссии
Министерства здравоохранения Республики Карелия
по направлению медицинскими организациями пациентов на лечение
бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий**

Председатель комиссии:

Руотцелайнен О.В., Первый заместитель Министра здравоохранения Республики Карелия.

Секретарь:

Игнатьева А.В., специалист отдела организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения Республики Карелия.

Члены комиссии:

Воликовская Е.Ю., заместитель главного врача ГБУЗ РК «Родильный дом им. Гуткина К.А.», врач акушер-гинеколог;

Сокур В.В. – заведующая женской консультацией ГБУЗ «Городская поликлиника № 4», врач акушер-гинеколог;

Хохлова Ж.В., заведующая гинекологическим кабинетом, ФГКУ филиал №4 «Военно-клинический госпиталь № 442» Министерства обороны РФ, врач акушер-гинеколог;

Шаповалова Н.Н. – заведующая консультативно-диагностическим отделением, ГБУЗ «Республиканский перинатальный центр», врач акушер-гинеколог.

Протокол №
заседания комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по
направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Председатель - Руотцелайнен О.В.

Секретарь - Игнатьева А.В

Члены комиссии: Воликовская Е.Ю., Сокур В.В., Хохлова Ж.В., Шаповалова Н.Н.

Комиссия ознакомилась с документацией пациента

Дата

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)

Рекомендации комиссии:

Председатель		
Секретарь		
Члены комиссии		

2 экземпляр выписки из протокола направляется пациенту

ФИО пациента:

Адрес пациента:

**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА от « » _____ № _____
заседания комиссии Министерства здравоохранения Республики Карелия по
направлению медицинскими организациями пациентов на лечение бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий**

Председатель - Руотцелайнен О.В.

Секретарь - Игнатьева А.В.

Члены комиссии: Воликовская Е.Ю., Сокур В.В., Хохлова Ж.В., Шаповалова Н.Н.

Комиссия ознакомилась с документацией пациента

Фамилия имя отчество (при наличии) пациента:

Дата рождения:

Место регистрации (пребывания):

Шифр пациента:

Диагноз основной: Бесплодие

Код по МКБ-10: N

Заключение Комиссии (подчеркнуть):

пациент направлен на лечение бесплодия методом ЭКО/ИКСИ в плановом порядке
документы возвращены в медицинскую организацию

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

Рекомендации комиссии:

Председатель

Руотцелайнен О.В.

Секретарь

Игнатьева А.В.

2 экземпляр выписки из протокола направляется пациенту

Фамилия имя отчество (при наличии) пациента:

Адрес пациента:

Направление
для проведения программы экстракорпорального оплодотворения
и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках обеспечения
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи в Республике Карелия

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

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

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

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диагноза пациента по МКБ-10)

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

Наименование медицинской организации, в которую выдано направление:

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

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

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

(должность)

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

М.П.

«__» _____ г.

Дата оформления

**Выписка из медицинской карты амбулаторного больного для
направления на комиссию Министерства здравоохранения Республики
Карелия по направлению медицинскими организациями пациентов на
лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных
технологий**

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

ФИО врача, контактный телефон:

1. Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения _____ (возраст)

2. Паспорт:

3. СНИЛС:

4. Полис ОМС:

5. Место регистрации:

6. Место жительства:

7. Телефон:

8. Профессия:

9. Диагноз основной (Код МКБ –10):

Диагнозы сопутствующие (Код МКБ-10):

10. Фамилия, имя, отчество мужчины:

Дата рождения _____ (возраст)

11. Данные анамнеза:

Жалуется на отсутствие беременности в течении ___ лет регулярной половой жизни без предохранения.

Менструальная функция: менархе с ___ лет, регулярные/нерегулярные, через ___ дней, по ___ дня; безболезненные/болезненные, умеренные/скудные/обильные.

Половая жизнь с ___ лет.

Репродуктивная функция: Б - , Р - , А - , В - причина, ВБ – (указать год, если были осложнения). При наличии привычного невынашивания беременности (более 2 СВ), проводилось ли обследование на АФЛС, тромбофилии, консультация гематолога.

Гинекологические заболевания:

Результаты обследования и лечения: спермограмма, проходимость маточных труб, гормональный профиль, наличие овуляции; у женщин с ановуляцией или олигоовуляцией проведение овариальной стимуляции не менее 3 курсов с целью формирования нормальных овуляторных циклов (при условии нормозооспермии). При отсутствии эффекта от овариальной стимуляции проводилось ли направление на ВРТ.

Соматический анамнез: Состоит на ДН

Вен.заболевания, туберкулез, гепатиты - отрицает

Наследственность:

Аллергоанамнез:

Гемотрансфузии:

Вредные привычки:

Масса тела - Рост - ИМТ –

Данные обследования:

УЗИ органов малого таза: дата _____ (_____ день менструального цикла): Полное описание УСК (состояние эндометрия и фолликулярного аппарата-КАФ, патологических изменений).

Группа крови, резус-фактор, дата (однократно):

Клинический анализ крови, дата _____ (1 мес.):

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
нейтрофилы		
лимфоциты		
моноциты		

Общий анализ мочи, дата _____ (1 мес.):

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Цвет		
Уд. вес		
Эпителий		
Лейкоциты		
Эритроциты		
Белок		
Бактерии		
Глюкоза		

Коагулограмма, дата _____ (1 мес.):

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
Протромбиновый индекс		
АЧТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		

Биохимический анализ крови, дата _____ (1 мес.):

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

Анализ крови на инфекции, дата _____ (3 мес.)

Инфекции	ИФА
СПИД	
Гепатит В	
Гепатит С	

Сифилис		
Гормональное обследование, дата _____ (6 мес.)		
Гормоны	Значение	Норма, единицы измерения
ФСГ		
Пролактин		
ТТГ		
АМГ		
АТ-ТПО		

При необходимости спектр гормонов может быть расширен (см. клинический протокол)

Исследование на флору из уретры и цервикального канала влагалища (микроскопический метод), дата _____ (1 мес.)

	Цервикальный канал	Уретра
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

Исследование на инфекции, передающиеся половым путем методом ПЦР, дата _____ (3 мес.)

Инфекция	результат
Neisseria gonorrhoeae	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Trichomonas vaginalis	

Цитологическое исследование мазков шейки матки, дата _____ (1 год)

Гистеросальпингография или ЭХО – ГСГ, дата _____ (1 год)

Заключение:

Гинекологические заболевания и операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Обследование на внутриутробные инфекции, дата _____ (однократно)

Инфекции	IgM	IgG, единицы измерения
Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови		

Кольпоскопия при бесплодии цервикального происхождения (Код по МКБ10- N97.3), и по показаниям.

ЭКГ: дата _____ описание (1 год)

Флюорография легких: дата _____ описание, (1 год)

Осмотр терапевта: дата _____ (1 мес) - Диагноз и заключение терапевта об отсутствии противопоказаний к проведению цикла ЭКО и планированию беременности.

При наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии пациентка проходит обследование у профильного специалиста с предоставлением результатов и заключения об отсутствии противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашивания беременности (1 год).

Указание в анамнезе или выявление в процессе обследования специфической патологии (онкологической, гепатита, туберкулеза и т.д.) являются показаниями для консультации у профильного специалиста, который должен дать заключение о возможности проведения ВРТ.

УЗИ молочных желез: женщинам до 40 лет (на 7-11 день менструального цикла)

Маммография: после 40 лет (1 год)

Консультация маммолога/онколога (при наличии патологии) с заключением об отсутствии противопоказаний для проведения ЭКО и вынашивания беременности.

Консультация генетика по показаниям

Для мужчины: ФИО(г.р.)

Группа крови, резус-фактор, дата (однократно):

Спермограмма с морфологией по строгим критериям Крюгера (критерии ВОЗ 2010), дата
(6 мес.)

Исследуемые показатели	Норма	Результат
Количество сперматозоидов	≥ 39 млн	
Цвет	молочно-опалесцирующий	
Вязкость	≤ 2 см	
Агглютинация	-	
Объем	$\geq 1,5$ мл	
Концентрация	≥ 15 млн/мл	

Морфологическое исследование (по Крюгеру):

Нормальные сперматозоиды	$\geq 4\%$	
Патология головки		
Патология шейки, средней части		
Патология хвоста		
Сросшиеся формы		
Бесформенные		

Микроскопическое исследование

Количество сперматозоидов в 1 мл	≥ 15 млн	
Общее количество в эякуляте	≥ 39 млн	
Кинезиограмма: Подвижность:		
поступательное движение	$\geq 32\%$	
Движение на месте		
Общая подвижность	$\geq 40\%$	
Неподвижные сперматозоиды		
лейкоциты	≤ 1 млн\мл	
Округлые клетки	≤ 5 млн\мл	
Агрегация сперматозоидов	-	
Sperm Mar тест Ig A	$\leq 50\%$	
Sperm Mar тест Ig G	$\leq 50\%$	

Диагноз:

Заключение уролога:

Флюорография легких: дата _____ (1 год)

Анализы крови на инфекции: дата _____ (3 мес.)

Инфекция	дата анализа
ВИЧ	
Сифилис (Микрореакция Вассермана)	
Гепатит В	

Гепатит С	
-----------	--

Исследование на инфекции, передающиеся половым путем методом ПЦР: дата ___ (6 мес.)

Инфекция	результат
Neisseria gonorrhoeae	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Trichomonas vaginalis	

12. Заключение ВК: № _____ от _____

Пациентка (ФИО) _____ направляется на Комиссию Министерства здравоохранения Республики Карелия для решения вопроса о направлении в медицинские организации для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в плановом/срочном порядке.

Дата оформления:

Главный врач:

МП.

Лечащий врач:

Перечень обследований, необходимых для установления причины бесплодия и выявления противопоказаний в целях дальнейшего проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (в рамках непосредственного оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи)

№ п/п	Наименование	пол
1	Оценка жалоб и анамнеза, общий осмотр, гинекологический осмотр	жен
2	Проверка проходимости маточных труб (УЗГСС / ГСГ) – не менее 1 раза в год	жен
3	Гормональное обследование: - на 2-5 день цикла: ФСГ, ЛГ, АМГ, эстрадиол, свободный тестостерон, пролактин, ТТГ, А/т к ТПО; В-Хгч, прогестерон за 7 дней до ожидаемых менструаций.- не менее 1 раза в 6 мес.	жен
4	Микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища	жен
5	Молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на выявление генетического материала <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma spp.</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i>	жен
6	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	жен
7	Гистероскопия, биопсия эндометрия по показаниям	жен
8	Лапароскопия по показаниям	жен
9	УЗИ органов малого таза трансвагинальное, включая определение количество антральных фолликулов в раннюю фолликулярную фазу цикла (на 2-5 день цикла) и фолликулогенез	жен
10	МРТ по показаниям	жен
11	Ультразвуковое исследование молочных желез	жен
12	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	жен
13	Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови - при наличии иммуноглобулинов класса М – не менее 1 раза в месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен	жен
14	Электрокардиограмма – не менее 1 раза в год	жен
15	Консультация врача-терапевта – не менее 1 раза в год	жен
16	Консультация врачей специалистов по профилю заболевания: с заключением об отсутствии противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашивания беременности - не менее 1 раза в год	жен
17	Консультация врача-генетика (по показаниям)	жен

18	Исследование эякулята (Спермограмма с морфологией по строгим критериям Крюгера (критерии ВОЗ 2010г.) Sperm Mar тест – не менее 1 раза в 6 мес.	муж
19	Молекулярно-биологическое исследование соскоба из уретры на выявление генетического материала <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma spp.</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> – не менее 1 раза в 6 мес.	муж
20	Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	жен/муж
21	Флюорография легких – не менее 1 раза в год	жен/муж
22	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек из половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) – не менее 1 раза в 3 мес.	жен
23	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови – не менее 1 раза в 3 мес.	жен/муж
24	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови – не менее 1 раза в 3 мес.	жен/муж
25	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови – не менее 1 раза в 3 мес.	жен/муж
26	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови – не менее 1 раза в 3 мес.	жен/муж
27	Спермограмма с морфологией по строгим критериям Крюгера (критерии ВОЗ 2010г.) – не менее 1 раза в 6 мес.	муж
28	Консультация врача - уролога (по показаниям)	муж

**Перечень обследований, проводимых по отдельному тарифу, перед
вступлением в протокол экстракорпорального оплодотворения**

№ п/п	Наименование результатов обследования	Срок актуальности	пол	Источник фин-ния
1	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	2 недели перед использованием ВРТ	жен	омс
2	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц	жен	омс
3	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1 месяц	жен	омс
4	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1 месяц	жен	омс
5	Общий (клинический) анализ мочи	1 месяц	жен	омс
6	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц	жен	омс