



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

14 февраля 2018

г. Барнаул

№ 46

Об организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции

С целью повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить прилагаемые:

положение об организации медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

положение о Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

положение об оценке эффективности лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции;

форму выписки из амбулаторной карты для направления на проведение вспомогательных репродуктивных технологий;

форму заявления для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму информированного добровольного согласия на обработку персональных данных для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму протокола заседания Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму направления для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете, с диагнозом «нарушение репродуктивной функции»;

форму листа ожидания пациентов с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в лечении с применением вспомогательных репродуктивных технологий;

форму журнала регистрации документов, представленных в Комиссию Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму отчета по объемам медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

форму отчета по результатам проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форму отчета о мониторинге течения беременности и ее исхода после лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции.

2. Директору КГБУЗ «Медицинский центр – управляющая компания Алтайского медицинского кластера» Вайгель Е.А. создать в системе «БАРС. Web.Свод. Мониторинг здравоохранения» раздел «Мониторинг лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции» с включением следующих форм:

форма регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «нарушение репродуктивной функции»;

форма отчета по объемам медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

форма отчета по результатам проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

форма отчета о мониторинге течения беременности и ее исхода после лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции.

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

размещение в женской консультации (поликлинике) информации для пациентов о порядке организации оказания медицинской помощи при лечении пациентов с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

проведение диагностики и лечение пациентов с нарушением репродуктивной функции в соответствии с положением об организации медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным настоящим приказом;

заполнение регистра пациентов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «нарушение репродуктивной функции», в системе «БАРС. Web.Свод. Мониторинг здравоохранения» раздел «Мониторинг лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции»;

представление отчетов в ежемесячном режиме о снятии с диспансерного учета пациентов с диагнозом «нарушение репродуктивной функции», о течении беременности и ее исходе в системе «БАРС. Web.Свод. Мониторинг здравоохранения» раздел «Мониторинг лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции»;

личный контроль исполнения настоящего приказа.

4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и ги-

некология (с использованием вспомогательных репродуктивных технологий)» и участвующих в выполнении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, обеспечить:

проведение программы вспомогательных репродуктивных технологий;
исполнение обязательств Тарифного соглашения системы обязательно-го медицинского страхования;

размещение информации для пациентов о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

постоянную связь ответственного сотрудника организации с секретарем Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

внутренний контроль качества, условий и объемов медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции с использованием программы вспомогательных репродуктивных технологий.

5. Главному врачу КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» Молчановой И.В.:

организовать специализированный прием пациентов с нарушением репродуктивной функции в консультативной поликлинике перинатального центра;

обеспечить условия для работы Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

обеспечить в ежемесячном режиме анализ эффективности лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции в Алтайском крае.

6. Главному внештатному специалисту-репродуктологу Министерства здравоохранения Алтайского края Важениной М.Н. осуществлять контроль за качеством оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

7. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Алтайского края от 06.06.2017 № 229 «О порядке реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий противопоказаниях и ограничению к их применению» на территории Алтайского края за счет базовой программы обязательного медицинского страхования».

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Алтайского края Ушанову В.М.

Министр



И.В. Долгова

УТВЕРЖДЕНО

приказом Министерства здравоохранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ПОЛОЖЕНИЕ

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

I. Общие положения

1.1. Настоящее Положение об организации медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – «Положение»), регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции, осуществляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

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.

II. Диагностика нарушений репродуктивной функции

2.1. Диагностические мероприятия по выявлению пациентов с нарушением репродуктивной функции осуществляются в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию по профилю «акушерство и гинекология», согласно территориальному принципу прикрепления.

2.2. Врач акушер-гинеколог медицинской организации, к которой прикреплен пациент, (далее – «врач женской консультации») путем активного опроса пациентов, самостоятельно обратившихся на прием, или во время проведения профилактических осмотров выявляет супружеские пары с отсутствием желанной беременности при регулярной половой жизни.

2.3. На диспансерный учет берутся пары моложе 35 лет при отсутствии зачатия в течение года при регулярной половой жизни и/или пары при отсутствии зачатия в течение 6 месяцев регулярной половой жизни при возрасте женщины 35 лет и более, а мужчины 40 лет и более. Им составляется план диагностических мероприятий.

2.4. Диагностические мероприятия направлены на оценку: эндокринного и овуляторного статуса;

проходимости маточных труб и состояния органов малого таза; состояния эндометрия; количественных и качественных характеристик эякулята мужа (партнера);

наличия урогенитальных инфекций.

2.5. Диагностические мероприятия осуществляются в соответствии с алгоритмом ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции и перечнем диагностических мероприятий (приложения 1 – 2 к Положению).

2.6. Длительность диагностических процедур составляет 3-6 месяцев. В течение этого периода пациенту должна быть установлена причина нарушения репродуктивной функции и выставлен развернутый диагноз с указанием кода по МКБ-10.

2.7. При затруднении в диагностике причин нарушения репродуктивной функций пациенты направляются на консультативный прием в Краевой центр охраны здоровья семьи и репродукции. Им выдается направление (форма О-27) к акушеру-гинекологу, урологу-андрологу, эндокринологу и генетику.

III. Лечение пациентов с нарушением репродуктивной функции

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

первый этап (без использования вспомогательных репродуктивных технологий) – лечение нарушений репродуктивной функций, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, регуляцию менструального цикла, стимуляцию овуляции, терапию мужского фактора бесплодия, коррекцию соматической патологии;

второй этап – преодоление нарушений репродуктивной функции с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

3.2. Первый этап лечения (без использования вспомогательных репродуктивных технологий) – осуществляется в рамках диспансерного наблюдения врачом женской консультации и/или врачом урологом согласно территориальному принципу прикрепления в медицинских организациях, имеющих лицензию по профилю «акушерство и гинекология» и/или «урология».

3.2.1. Объем лечебных мероприятий определяется причиной нарушения репродуктивной функции, лечебная тактика осуществляется в соответствии с алгоритмом ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции (приложение 1 к Положению)

3.2.2. Срок лечения в медицинской организации по месту прикрепления пациентов не должен превышать 9 – 12 месяцев. При наступлении беременности пациент переводится с диспансерного учета по нарушению репродуктивной функции на диспансерный учет по беременности.

3.2.3. При отсутствии эффекта от лечения в течение указанного срока врач женской консультации обеспечивает пациентам консультативный прием специалистов в Краевом центре охраны здоровья семьи и репродукции (г. Барнаул, ул. Фомина, д.154). Пациентам выдается направление (форма О-

27) к акушеру-гинекологу, урологу (андрологу для мужчины), эндокринологу, генетику.

3.2.4. Дальнейшая тактика лечения проводится в соответствии с рекомендациями специалистов Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции (г. Барнаул, ул. Фомина, д.154).

3.3. Второй этап лечения (с применением вспомогательных репродуктивных технологий) – это проведение базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) (далее – ЭКО). Врач женской консультации при наличии пациентов, соответствующих критериям, указанным в приложении 3 к Положению, готовит и передает в кабинет мониторинга Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции (г. Барнаул, ул. Фомина, д.154) следующий пакет документов:

обращение (ходатайство) руководителя организации здравоохранения, наблюдающего пациента, о проведении ЭКО;

заявление пациента на проведение ЭКО в соответствии с формой, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края;

два экземпляра выписки из амбулаторной карты при направлении на проведение ЭКО по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края;

информированное добровольное согласие женщины и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных для проведения ЭКО по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края;

заключение специалиста-консультанта Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции о необходимости проведения программы ЭКО.

3.3.1. Медицинская организация, наблюдающая пациента, обеспечивает доставку пакета документов в кабинет мониторинга Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции по адресу 656045, г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154.

3.3.2. В кабинете мониторинга Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции осуществляется оценка полноты и правильности оформления документов, их регистрация по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края, и передача в Комиссию Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий (далее – «Комиссия»). При представлении неполного пакета документов или ненадлежащим образом оформленных документов документы возвращаются в медицинскую организацию, направившую пакет. Главный врач направившей медицинской организации (или назначенное им ответственное лицо) ставится в известность о возврате документов.

3.3.3. Комиссия принимает окончательное решение о необходимости использования программы ЭКО конкретной паре, определяет (с учетом мнения пациента) медицинскую организацию, которая будет проводить процедуру, и оптимальное время ее проведения. Выписка с решением Комиссии и направление передаются в медицинскую организацию, наблюдающую пациента.

3.3.4. Врач женской консультации при получении выписки с решением Комиссии и направления на проведение ЭКО, обеспечивает:
своевременную выдачу направления пациенту;
проведение в соответствующие сроки полного объема исследований в соответствии с перечнем (приложение 4 к Положению);
контроль за своевременным (к согласованной дате) обращением пациента в медицинскую организацию, осуществляющую проведение ЭКО;
своевременное согласование новой даты с медицинской организацией, осуществляющей проведение ЭКО, в случае невозможности прибытия пациента на ЭКО в согласованный ранее срок.

3.3.5. Проведение ЭКО осуществляют медицинские организации, созданные как центры вспомогательных репродуктивных технологий, либо медицинские и иные организации, имеющие в структуре лабораторию (отделение) вспомогательных репродуктивных технологий, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) и участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – медицинские организации, осуществляющие проведение ЭКО).

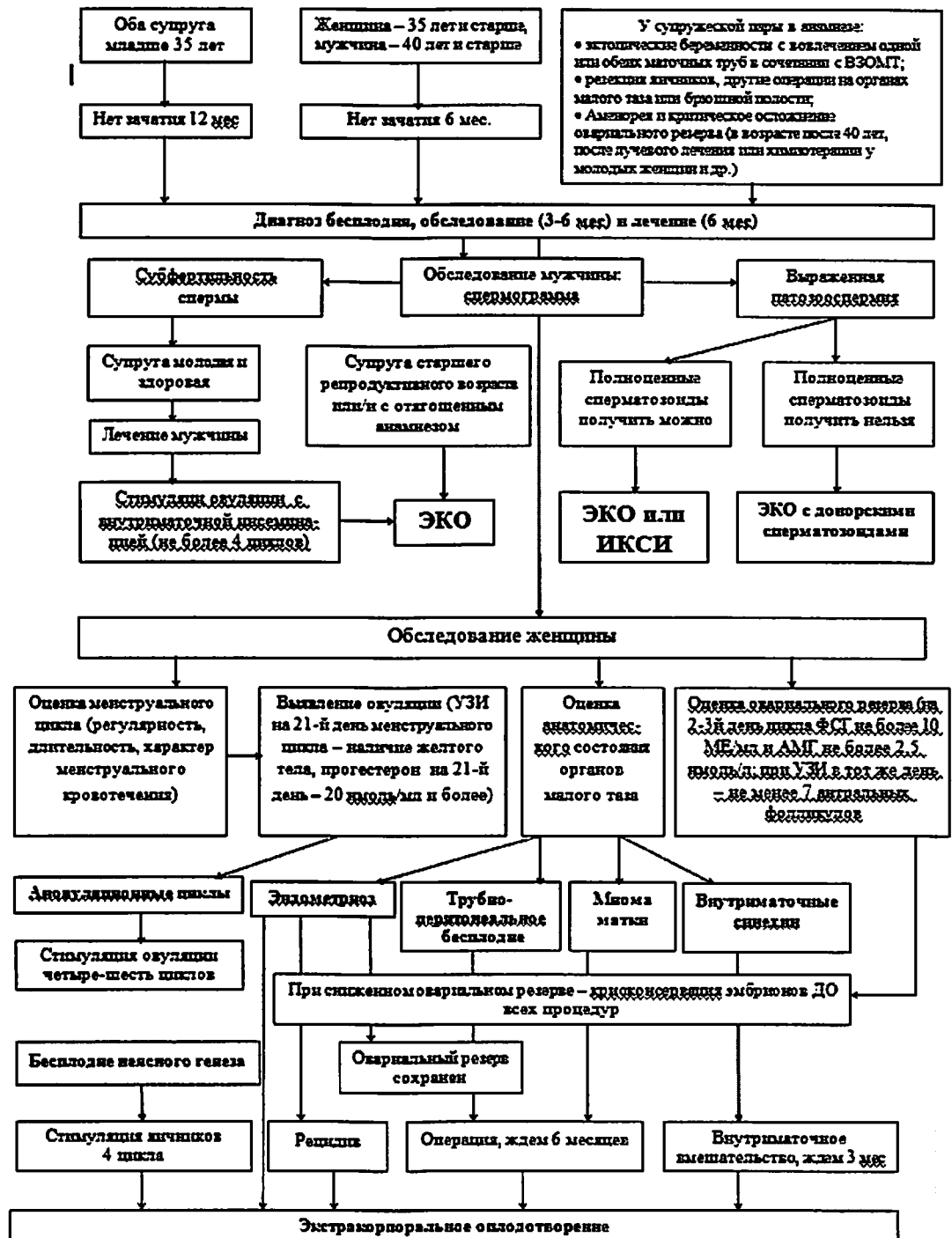
3.3.6. Перечень документов для проведения ЭКО:
протокол Комиссии (оригинал или ксерокопию);
направление на проведение ЭКО, выданное Комиссией;
выписку из медицинской карты амбулаторного больного по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края;
информированное добровольное согласие женщины и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных для проведения ЭКО по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края;
результаты обследования согласно перечню.

3.3.7. Программа ЭКО осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их использованию» и от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием репродуктивных технологий» и проводится не более двух раз одной пациентке в течение года.

3.3.8. При завершении ЭКО (тест на ХГЧ, УЗИ подтверждение беременности при положительном тесте) медицинской организацией в ежемесячном режиме представляются сведения в Краевой центр охраны здоровья семьи и репродукции о каждом пациенте по форме, утвержденной приказом Минздрава Алтайского края.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к Положению об организации медицинской помощи при лечении семейных пар с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий

АЛГОРИТМ
ведения пациентов с нарушением репродуктивной функции



ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Положению об организации медицинской помощи при лечении семейных пар с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий

ПЕРЕЧЕНЬ
диагностических мероприятий для установления причины нарушения репродуктивной функции

- I. Первичный прием акушера-гинеколога:
NB! Одновременно с первичным обследованием женщины мужчина проходит консультацию уролога (андролога) и сдает спермограмму.
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. Ультразвуковое исследование (далее УЗИ) гениталий (1 раз в год, далее – по показаниям).
 7. УЗИ молочных желез (1 раз в год, далее по показаниям).
 8. Маммография (в 35-36 лет первая маммография, в 35-50 лет – 1 раз в 2 года).
 9. Оценка менструального цикла (регулярность, длительность, характер менструального кровотечения).
 10. Оценка анатомического состояния органов малого таза.
 11. Общий (клинический) анализ крови развернутый.
 12. Анализ крови биохимический общетерапевтический.
 13. Анализ мочи общий.
 14. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (PAP-тест).
 15. Определение группы крови и резус-фактора.
 16. Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.
 17. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография) – 1 раз в год.
 18. Электрокардиография (далее - ЭКГ).
 19. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды.
 20. Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на атрофозоиты трихомонад.

21. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов (полимеразная цепная реакция (далее – ПЦР) (*Chlamidia trachomatis, micoplasma genitalis, ureaplasma urealiticum*).

22. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.

23. Смежные специалисты по показаниям.

II. Повторный и последующие приемы акушера-гинеколога:

При наличии отклонений в первичном обследовании у женщины проводится их коррекция.

При условии фертильности мужчины врач проводит дальнейшее определение анатомо-функционального состояния репродуктивных и эндокринных органов женщины. Приоритеты в обследовании (эндокринные нарушения или трубно-перитониаальный фактор) врач определяет самостоятельно, в зависимости от анамнестических данных и данных полученных при первичном осмотре:

1. Исследование уровня пролактина в крови.

2. Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (далее ФСГ) в сыворотке крови.

3. Исследование уровня лютеинизирующего гормона (далее ЛГ) в сыворотке крови.

4. Исследование уровня общего и свободного тестостерона, антимюллерова гормона (далее – АМГ) в крови.

5. Исследование уровня свободного тироксина (далее – свободный Т4) сыворотки крови.

6. Исследование уровня тиреотропного гормона (далее ТТГ) плазмы крови.

7. Исследование уровня прогестерона в крови.

8. Исследование уровня 17-гидрокси-прогестерона в крови.

9. Исследование уровня общего эстрадиола в крови.

10. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1, 2.

11. Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на цитомегаловирус.

12. Оценка нарушений липидного обмена биохимическая.

13. Измерение базальной температуры.

14. Гистеросальпингография или лапароскопия, или хромогидротубация.

15. Гистероскопия с биопсией эндометрия.

16. Посев эндометрия на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.

17. УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез.

18. УЗИ почек и надпочечников.

19. Магнитно-резонансная томография (далее МРТ) головы.

20. Функциональные фармакологические пробы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к Положению об организации медицинской помощи при лечении семейных пар с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий

КРИТЕРИИ

отбора пациентов для проведения базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий

1. Показаниями для проведения базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) (далее - ЭКО) являются:

бесплодие, не поддающееся лечению, в том числе с использованием методов эндоскопической и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины в течение 9-12 месяцев с момента установления диагноза;

заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО.

2. Критерии отбора пациентов к проведению ЭКО:

На применение ЭКО за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края имеют право мужчины и женщины, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина (далее – «пациенты»), граждане Российской Федерации, проживающие на территории Алтайского края, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, соответствующие следующим критериям:

возраст женщины от 18 до 45 лет (включительно);

отсутствие психических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и воспитанию ребенка;

индекс массы тела пациентов не менее 18 и не более 35;

уровень ФСГ не более 12,0 МЕ/л, АМГ не ниже 0,5 нг/мл;

отсутствие тяжелых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка;

отсутствие гинекологической патологии, значительно снижающей процессы имплантации плодного яйца и вынашивания беременности;

отсутствие острых воспалительных заболеваний репродуктивной системы;

отсутствие медицинских противопоказаний для ЭКО в соответствии с перечнем противопоказаний к проведению базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий;

отсутствие азооспермии, подтвержденной гистологически.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к Положению об организации медицинской помощи при лечении семейных пар с нарушением репродуктивной функции, в том числе с использованием базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий

ПЕРЕЧЕНЬ
исследований пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

I. Обязательный перечень обследований женщины:

1. **Общий гинекологический осмотр.**
2. **Ультразвуковое исследование органов малого таза (3-7 день менструального цикла), (срок действия не более 6 месяцев).**
3. **Оценка состояния органов малого таза путём гистероскопии (при наличии показаний), лапароскопии (при отказе от данной процедуры гистеросальпингография или контрастной эхогистеросальпингоскопии), биопсии эндометрия на 7-11 день менструального цикла.**
4. **Кольпоскопия (срок действия не более 6 месяцев).**
5. **Ультразвуковое исследование молочных желез.**
Проводится маммография женщинам старше 35 лет и при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия не более одного года). При наличии признаков патологии молочных желез – заключение маммолога.
6. **Ультразвуковое исследование щитовидной железы (по показаниям (срок действия не более 6 месяцев).**
7. **Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (по показаниям срок действия не более 6-месяцев).**
8. **Анализ крови на ФСГ, АМГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, тестостерон, ТТГ (в 1 фазу цикла), св. Т4, (срок действия не более 6 месяцев).**
9. **Исследование на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища (срок действия не более 10 дней).**
10. **Цитологическое исследование мазков шейки матки (срок действия не более 6 месяцев).**
11. **Исследование на наличие урогенитальных инфекций, (*Chlamidia trachomatis, micoplazma genitalis, ureaplasma urealiticum*) методом полимеразноцепной реакции (срок действия не более 3-х месяцев).**
12. **Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на определение антител IgG и IgM к вирусу простого герпеса типов 1 и 2, цитомегаловирусу, краснухи, токсоплазмозу (срок действия не более 6 месяцев).**
13. **Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более 1 месяца).**
14. **Определение группы крови и резус-фактора.**
15. **Клинический анализ крови (срок действия не более 10 дней).**

16. Биохимический анализ крови (срок действия не более трех месяцев).

17. Коагулограмма или гемостазиограмма (срок действия не более 1 месяца).

18. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности (с учетом заключений врачей-специалистов по показаниям) (срок действия не более 6 месяцев).

19. Флюорография органов грудной клетки (срок действия не более одного года).

20. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия не более 10 дней).

21. Заключение эндокринолога (при наличии патологии) срок действия не более 6 месяцев.

22. Заключение генетика, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам старше 35-и лет.

23. Заключение наркологического, психоневрологического диспансеров по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению базовой программы ВРТ (срок действия не более одного года).

II. Обязательный перечень обследований мужчины:

1. Спермограмма (срок действия не более 3-х месяцев).

2. Анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (срок действия не более 1 месяца).

3. Определение группы крови и резус-фактора.

4. Ультразвуковое исследование предстательной железы и мошонки, (по показаниям срок действия не более 6 месяцев).

При мужском факторе бесплодия необходима консультация андролога и расширенное исследование эякулята (МАР-тест, морфология, анализ фрагментации ДНК сперматозоидов).

5. Исследование на наличие урогенитальных инфекций (*Chlamidia trachomatis*, *micoplazma genitalis*, *ureaplasma urealiticum*) полимеразноцепной реакции (срок действия не более 3-х месяцев).

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 16

ПОЛОЖЕНИЕ

о Комиссии Министерства здравоохранения Алтайского края по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

1. Общие положения

1.1. Комиссия Министерства здравоохранения по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – «Комиссия») осуществляет свою деятельность на базе Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции, созданного в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр».

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

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

1.4. Основными функциями Комиссия является:
принятие окончательного решения об использовании вспомогательных репродуктивных технологий в лечении нарушений репродуктивной функции у конкретного пациента;

выбор и рекомендация пациенту медицинской организации, имеющей лицензию по профилю «акушерство и гинекология (с использованием вспомогательных репродуктивных технологий)», из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для проведения вспомогательных репродуктивных технологий. При выборе медицинской организации Комиссия учитывает причины нарушения репродуктивной функции, выявленные у конкретной пары. Парам, с соматической патологией рекомендуется оказание медицинской помощи в КГБУЗ «Краевая клиническая больница», а с патологией репродуктивной системы (патология эндометрия, опухолевые заболевания органов малого таза, наследственные заболевания) в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр». Окончательное решение при выборе медицинской организации, из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для проведения вспомогательных репродуктивных технологий, остается за пациентом.

выдача направления в медицинскую организацию для проведения вспомогательных репродуктивных технологий, с указанием сроков проведения процедуры;

ведение на сайте министерства Алтайского края листа ожидания;

разъяснения пациентам причин отказа в использовании вспомогательных репродуктивных технологий и рекомендации оптимального способа преодоления нарушений репродуктивной функции;

анализ эффективности использования вспомогательных репродуктивных технологий в лечении нарушений репродуктивной функции;

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

решение сложных, конфликтных случаев, возникающих при проведении вспомогательных репродуктивных технологий.

1.5. Руководство работой Комиссии осуществляет председатель.

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

2. Порядок работы Комиссии

2.1. Комиссия осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний. Заседание Комиссии по отбору пациентов проводится не реже 1 раза в месяц, а при необходимости чаще.

Заседание Комиссии по отбору пациентов ведет председатель, а в его отсутствие – заместитель.

2.2. Комиссия по отбору пациентов на основании предоставленной медицинской документации принимает решения:

о направлении пациента для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

об отказе пациенту в использовании вспомогательных репродуктивных технологий при наличии противопоказаний или ограничений в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;

о необходимости проведения дополнительного медицинского обследования пациента.

2.3. Комиссия решает конфликтные ситуации и принимает меры к их урегулированию.

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

2.5. Решение Комиссии оформляется протоколом.

Копии протоколов заседания Комиссии и пакеты документов пациентов хранятся в течение трех лет в архиве КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр».

2.6. Секретарь Комиссии:

ведет журнал регистрации пациентов, направленных в Комиссию для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

готовит материалы к заседаниям в соответствии с очередностью регистрации пациентов в срок не более 10 дней со дня получения заявления;

обеспечивает явку членов Комиссии на заседание;

оформляет протоколы заседания;

согласовывает конкретную дату проведения процедуры вспомогательных репродуктивных технологий с представителем администрации организации, выбранной для проведения вспомогательных репродуктивных технологий, и передает им один экземпляр выписки из медицинской карты амбулаторного больного пациента и копию протокола решения Комиссии;

осуществляет рассылку протоколов и направлений в медицинские организации, направившие пациентов;

обеспечивает передачу протоколов решения Комиссии и пакетов документов пациентов в архив КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» для их хранения в течение пяти лет;

информирует руководителя организации здравоохранения, направившего пациента в Комиссию, о случаях неправильного заполнения документов или неприбытия пациентки на назначенную дату для проведения вспомогательных репродуктивных технологий;

осуществляет контроль и анализ результативности проведения вспомогательных репродуктивных технологий на основании отчетов медицинских организаций;

предоставляет ежемесячно, до 5-го числа месяца, следующего за отчетным, главному внештатному специалисту репродуктологу Министерства здравоохранения Алтайского края сведения о количестве проведенных процедур вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с формой;

осуществляет ежемесячно, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, сверку реестров пациентов, которым проведена программа вспомогательных репродуктивных технологий, в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ПОЛОЖЕНИЕ
об оценке эффективности лечения пациентов с нарушением репродук-
тивной функции

1. Критерием эффективности лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции является наступление беременности и рождение ребенка. Эффективной работа медицинской организации может быть признана при следующих условиях:

наступление беременности в течение 18 месяцев диспансерного наблюдения по поводу нарушения репродуктивной функции у 50-55% пациентов, в лечение которым не использовались вспомогательные репродуктивные технологии;

наступление беременности (при УЗИ верификации) у 30% пациенток от всех, в лечении которым использовались вспомогательные репродуктивные технологии;

беременность завершилась родами и рождением живого ребенка у 80% пациенток, беременность у которых наступила в результате лечения нарушений репродуктивной функции (как с использованием базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий, так и без использования таковой);

2. Оценка эффективности лечения пациентов с нарушением репродуктивной функции проводится сотрудниками Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции в ежемесячном режиме на основании представленных медицинскими организациями отчетов по формам.

3. При неэффективной работе руководитель медицинской организации и заместитель министра здравоохранения Алтайского края ставится в известность в письменном виде. Повторные случаи невыполнения целевых показателей медицинской организацией рассматриваются на координационном совете по акушерству и гинекологии.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ФОРМА

выписки из амбулаторной карты при направлении на проведение вспомо-
гательных репродуктивных технологий

Наименование медицинской организации:

Адрес организации: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Серия _____ № паспорта _____

Адрес (с почтовым индексом) _____

Телефон _____

Полис ОМС _____

Адрес эл. почты _____

Диагноз: (подробный по МКБ) _____

Шифр _____

МКБ _____

Жалобы: (отсутствие беременности в течение ___ лет регулярной половой жизни и т.д.) _____

Индекс масса тела _____

Аллергологический анамнез: _____

Гемотрансфузии: _____

Наследственный анамнез: _____

Lues, туберкулез, гепатиты _____

Перенесенные заболевания: _____

Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни: _____

Перенесенные женские заболевания при половой жизни: _____

Менструальная функция: менархе с лет, установились сразу, регулярные по _____ дней, умеренные, безболезненные, _____

Половая функция: с лет, брак первый (второй...) _____

Предохраняет ли себя от беременности: _____

нет _____

Репродуктивная функция: Аборты, Роды, Выкидыши _____

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Гистеросальпингография дата (протокол операции):

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО и ПЭ - дата проведения (с техникой ИКСИ – интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку).

Год, клиника	Получено клеток (протокол длин\корот)	Оплодотворение	Количество перенесенных эмбрионов	Результат

Данные обследования

Инфекция	Дата анализа	Дата анализа	Дата анализа
	ИФА	РПГА	реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» предусмотрено осуществление до 2006 года замены комплекса серологических реакций (КСР) на специфические тесты:

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)

Иммуноферментный анализ (ИФА), которые являются более высокочувствительными и менее трудоемкими тест-системами, используемыми в качестве отборочных и подтвержденных тестов для диагностики сифилиса.

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

2. Группа крови резус фактор _____ – дата анализа

3. Клинический анализ крови – дата анализа

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		

Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
базофилы		
эозинофилы		
миелоциты		
метамиелоциты		
палочкоядерные		
сегментоядерные		
лимфоциты		
моноциты		

4. Общий анализ мочи _____ - дата анализа

5. Биохимический анализ крови _____ - дата анализа

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		

6. Коагулограмма - _____ дата анализа

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АЧТВ		
Фибриноген		
тромбиновое время		
Антитромбин III		

Заключение:

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

7. Гормональное обследование:

дата анализа

Гормоны	Показатели	Норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
эстрадиол		
пролактин		
тестостерон		
T4		
ТТГ		
АМГ		

8. ПЦР анализ на ЗППП

дата анализа

Инфекции	Результат
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	не обнаружена
<i>Chlamydia trachomatis</i>	не обнаружена
<i>Mycoplasma genitalium</i>	не обнаружена

9. Исследование сыворотки крови методом ИФА

- дата анализа

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ	отр	
ВПГ 1 и 2 типа	отр	
краснуха	отр	
токсоплазмоз	отр	

10. Мазок на флору –

дата анализа

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

11. Кольпоскопия дата исследования (результат описать).

Мазок на онкоцитологию – дата анализа (результат описать).

12. УЗИ органов малого таза (срок действия 6 мес): - 3-8 день менструального цикла

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).

13. Консультация терапевта (срок действия 3 мес)

Заключение:

Рекомендации:

14. УЗИ молочных желез(срок действия 1 год) и/или маммография (срок действия 2 года),

Заключение:

NB! При наличии патологии заключение маммолога.

15. УЗИ щитовидной железы (по показаниям)

16. Консультация эндокринолога (по показаниям)

17. Флюорография *дата, результат* (действительно в течении 1 года)

18. ЭКГ дата исследования (*результат описать*).

19. Консультация генетика – *дата (результат консультации)*

20. При наличии экстрагенитального заболевания консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности

21. Заключение нарколога и психиатра по месту жительства об отсутствии противопоказаний к проведению базовой программы ВРТ методом ЭКО (срок действия не более трех месяцев).

Муж (партнер):

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Инфекция	Дата анализа	Дата анализа	Дата анализа
	ИФА	РПГА	реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

2. Спермограмма Дата: анализа					
Параметры		Норма ВОЗ	Параметры		Норма ВОЗ
Воздержание		3-7 дней	кол-во сперматозоидов в 1 мл		≥ 15 млн/мл

Время разжижения	< 60 мин	кол-во сперматозоидов в эякуляте	≥ 39 млн
Объем эякулята	≥ 1,5 мл	подвижных из них:	≥ 40%
Вязкость	N	с прогрессивным движением	≥ 32 %
Цвет	серо-молоч.	прогрессивно-слабоподвижные	
РН	7,2-7,8	непрогрессивно-подвижные	
Агглютинация	нет	неподвижные	
Лейкоциты	< 1 млн/мл, до 3-5 в поле зрения		
Спермоцитограмма			
Сперматозоиды в нормальной морфологии		Сперматозоиды с патологической морфологией	
		1. головки	
сперматиды		2. шейки	
Особенности:		3. хвоста	
		4. смешанного типа	
МАР-тест,			
Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов			

Заключение:

3. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18 типа	не обнаружена

4. УЗИ предстательной железы и мошонки (по показаниям) – дата исследования (результат описать).

5. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
хламидии	отр	

6. Заключение уролога (андролога)

Лечащий врач (ФИО/подпись) _____

Заведующий отделением (ФИО/подпись) _____

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись)
или Главный врач (ФИО/подпись) _____

Заключение ВК № _____ дата _____

Пациент (ФИО) нуждается в направлении на проведение базовой программы ВРТ
методом ЭКО

Члены ВК

Печать

Дата « _____ » _____ 20 г.

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

ФОРМА
 заявления для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

Заместителю министра здраво-
 охранения Алтайского края
 В.М.Ушановой

от _____
 (ФИО заявителя)

 (паспортные данные заявителя)

 (адрес места жительства заявителя)

 (контактный телефон)

Заявление

Прошу оказать мне медицинскую помощь по лечению нарушений репро-
 дуктивной функции с применением вспомогательных репродуктивных техноло-
 гий за счет средств Территориального фонда обязательного страхования Алтайско-
 го края в _____
 (выбранная медицинская организация)

Дата: _____ Подпись _____

Приложение:

копия документа, удостоверяющего личность;
 копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);
 два экземпляра выписки из медицинской карты амбулаторного больного;
 копия полиса обязательного медицинского страхования;
 информированное добровольное согласие на обработку персональных дан-
 ных для проведения базовой программы вспомогательных репродуктивных
 технологий методом ЭКО;
 информированное добровольное согласие мужа (партнера) на обработку
 персональных данных для проведения базовой программы вспомогательных ре-
 продуктивных технологий.

Дата заполнения _____

Подпись заявителя _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ФОРМА

информированного добровольного согласия на обработку персональных данных для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

В Комиссию по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие

(учреждение здравоохранения)

и Комиссии по отбору пациентов для проведения вспомогательных репродуктивных технологий на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью проведения вспомогательных репродуктивных технологий

1. Дата рождения

(число, месяц, год)

2. Пол

(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность

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

4. Адрес по месту регистрации

(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате вызова на лечение и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял _____

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

Принял

(дата приема
заявления)

(подпись
специалиста)

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здравоохранения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

ФОРМА
 протокола заседания Комиссии по отбору пациентов для проведения вспомога-
 тельных репродуктивных технологий

ПРОТОКОЛ № _____
 заседания Комиссии по отбору пациентов для проведения вспомогательных
 репродуктивных технологий

« ____ » _____ 20__ г.

Комиссия в составе:

Председатель: _____

Члены комиссии: _____

Приглашенные:

Представлена пациентка (ФИО): _____

Адрес: _____

Заключение комиссии:

Направить на проведение вспомогательных репродуктивных технологий

(указать учреждение здравоохранения, оказывающее ВРТ, предположительную дату вызова,
 контактные данные учреждения здравоохранения, оказывающего ВРТ)

Рекомендовать следующую программу вспомогательных репродуктив-
 ных технологий

Рекомендовать дополнительное обследование

Рекомендовать лечение

Отказать в направлении на программу вспомогательных репродуктивных
 технологий

(указать причину)

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

Члены Комиссии

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

НАПРАВЛЕНИЕ
 для проведения вспомогательных репродуктивных технологий

_____ 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)

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

 (адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

 (Ф.И.О. должностного лица)

 М.П.

 (должность)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ФОРМА*

регистра диспансерных пациенток с диагнозом «нарушение репродуктивной функции»

Медицинская организация _____

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Адрес по прописке	Адрес фактического места проживания	Телефон	СНИЛС	Развернутый диагноз и Шифр по МКБ - 10	Дата обращения	Дата постановки на учет	Сопутствующий диагноз. ЭГП.	Проведенное лечение	Длительность наблюдения	Результат лечения, с указанием даты окончания лечения	Дата и причина снятия с учета	Тактика ведения на последующие 6 мес.(использование ВРТ)

*Форма диспансерного наблюдения ведется врачом женской консультации и заполняется трижды за время диспансерного наблюдения:

Первый раз – при выявлении у пары нарушений репродуктивной функции, подлежащей диспансерному наблюдению

Второй раз - при выявлении причин бесплодия и формировании развернутого диагноза

Третий раз – по результатам проведенной терапии без использования вспомогательных репродуктивных технологий

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

Главный врач _____

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

ФОРМА*

листа ожидания пациенток с нарушением репродуктивной функции, которые нуждаются в лечении с применением вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Шифр пациента (№ амбулаторной карты)	Код заболевания по МКБ X	Дата рассмотрения документов пациента	Вид ВРТ (ЭКО/ИКСИ)	Наличие попыток ЭКО/ИКСИ	Плановый период выполнения процедуры ЭКО/ИКСИ	Организация, выбранная для проведения процедуры ЭКО/ИКСИ	Дата завершения цикла ВРТ	Отметка о наступлении/не наступлении беременности	Особые отметки

* Ведется секретарем Комиссии по отбору пациентов и размещается на сайте Министерства здравоохранения Алтайского края

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здравоохра-
 нения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

ФОРМА*
 журнала регистрации документов, представленных в Комиссию для
 проведения вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Полис ОМС	ФИО	Дата рождения	Домашний адрес (регистрация)	Телефон	Диагноз	Дата подачи документов	Дата Передачи документов комиссию	Роспись лица, представившего документы (если документы пришли почтой дата получения)	Роспись лица, принявшего документы	Подпись секретаря комиссии о получении документов	Примечание

*Ведется специалистом кабинета мониторинга краевого Центра охраны здоровья семьи и репродукции
 Сведения, вносимые в журнал, включают персональные данные и врачебную тайну и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.08 2018 № 46

ФОРМА

отчета по объемам медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

за _____ 2018 года
(месяц)

№ п/п	Число запланированных процедур ЭКО в территориальной программе ОМС в текущем году	Число запланированных процедур ЭКО в текущем месяце	Число женщин, взятых в программу ЭКО в текущем месяце	Число выполненных процедур ЭКО в текущем месяце	Число женщин с наступившей беременностью в текущем месяце	Число женщин, вставших на учет по беременности после ЭКО	Число родов после ЭКО	Число детей, родившихся в результате ЭКО
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Главный врач _____

Дата

*Форма отчета ведется организационно-методическим кабинетом Краевого центра охраны здоровья семьи и репродукции

Сведения, вносятся ежемесячно до пятого числа месяца, следующего за отчетным, и предоставляются в Министерство здравоохранения Алтайского края

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 14.02 2018 № 46

ФОРМА*

отчета по результатам проведения вспомогательных репродуктивных технологий

Наименование медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____

период _____ (указывается месяц/год)

ФИО пациента, поступившего на базовую программу ВРТ методом ЭКО	Дата вступления в базовую программу ВРТ методом ЭКО	Осложнения при проведении базовой программы ВРТ методом ЭКО (синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление, травма сосудов и соседних органов) недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции	Результат (беременность маточная, беременность внематочная, беременность многоплодная, беременность не наступила)	Название медицинской организации в которой пациентка поставлена на диспансерный учет по беременности

Руководитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____ (подпись)

Дата _____

*Предоставляется в краевой Центр охраны здоровья семьи и репродукции (г. Барнаул, ул.Фомина, 154) ежемесячно до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, медицинскими организациями, осуществляющими ВРТ. Сведения, вносимые в форму, включают персональные данные и врачебную тайну и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 14.02 2018 № 46

ФОРМА

отчета мониторинга течения беременности и ее исходов у пациенток после лечения нарушений репродуктивной функций

Наименование медицинской организации _____

период _____ (указывается месяц/год)

ФИО па- ци- ента	дата взя- тия на учет по бер- ти	Спо- соб- ле- че- ния бес- пло- дия	мно- го- пло- дна я бер- ть (да/ нет)	исходы беременности						патология развития плода			перинатальные потери			
				с/п вы- ки- ды ш (да/ нет)	за- мер- шая бер- ть (да/нет)	мед. аборт (да/ нет)	прерыва- ние по мед. пока- заниям	преждевремен- ные роды		сроч- ные ро- ды (да/нет)	кеса- рево- сече- ние (да/ нет)	прена- тально выяв- ленная (да/нет)	выявлен- ная в ран- нем неона- тальном периоде (да/нет)	пренатально выявленная, не подтвер- жденная в раннем неона- тальном периоде (да/нет)	мертворожденный	умерший в раннем неонаталь- ном пери- оде (да/нет)
								Со- сто- роны с мате- ри (да/ нет)	В связи выяв- лен- ным ВПР плода							

Руководитель медицинской организации (ФИО) _____ (подпись)

Дата _____

* Заполняется врачом женской консультации, наблюдающим пациентку по беременности. Предоставляется в краевой Центр охраны здоровья семьи и репродукции (г. Барнаул, ул. Фомина, 154) не позднее 10 дней после окончания беременности. Сведения, вносимые в форму, включают персональные данные и врачебную тайну и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ