Приложение №5 к Порядку использования

 вспомогательных репродуктивных

 технологий,противопоказаниям и

 ограничениям к их применению,

 утвержденному приказом

 Российской Федерации

 От «31» июля 2020 года N 803н

**Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов**

**в рамках территориальной программы ОМС**

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

 ( ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_\_\_\_02\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_16.09.1989г \_\_\_\_\_\_ 30\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр пациента) (дата рождения) (возраст пациента)

Паспорт № выдан г.Отделом УФМС России по Республике Коми в городе Сыктывкаре

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

0000000000000000 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_000-000-000 00

 (полис ОМС) (СНИЛС)

\_\_ РК г.Сыктывкар,ул.Клары Цеткин,д.10,кв.20

 (адрес регистрации/ места жительства)

 N 97.4

(код диагноза по МКБ)

**Первичное**/ повторное обращение для проведения процедуры ЭКО

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

 (наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

 ГБУЗ РК КРПЦ

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

\_Сыктывкар ул Пушкина 114/4 тел 8-8212-211626

 (адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

**Медицинский работник,**

**направивший больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **должность фамилия, инициалы подпись**

**Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **МП подпись расшифровка подписи**

« 19» января 2021г.