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.