



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙЌЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

от 26 августа 2024 г.

№ 8/430

г. Сыктывкар

Об организации оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», в целях повышения эффективности проведения лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок маршрутизации пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с помощью программ экстракорпорального оплодотворения или переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки (далее – ЭКО и перенос криоконсервированных эмбрионов), для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Перечень документов и информации, предоставляемых медицинскими организациями для регистрации и внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – средства ОМС) для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму выписки из медицинской документации пациента, которая оформляется лечащим врачом при направлении пациента на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму направления для внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Форму реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. Форму отчета о выполнении процедур вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

1.7. Форму предоставления информации об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения методов ВРТ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

1.8. Положение о Комиссии по отбору пациентов на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми (далее – Комиссия) согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

1.9 Форму протокола решения Комиссии согласно [приложениям № 9](#) к настоящему приказу.

1.10. Форму заявления о согласии на обработку персональных данных согласно [приложению № 10](#) к настоящему приказу.

2. Главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Коми:

2.1. Организовать на базе ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» (далее – ГБУЗ РК «КРКПЦ») работу Комиссии по отбору пациентов на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу.

2.2. Организовать силами Комиссии прием, регистрацию и анализ правильности оформления медицинской документации пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми.

2.3. Проводить мониторинг соблюдения медицинскими организациями Республики Коми, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» с учетом наличия в данной медицинской организации Республики Коми объемов оказания медицинской помощи с применением ВРТ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.4. Обеспечить формирование и ведение в электронном виде реестра пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС, для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2.5. Обеспечить размещение на сайте Министерства здравоохранения Республики Коми (www.minzdrav.rkomi.ru) и сайте ГБУЗ РК «КРКПЦ» (www.Perinatal-komi.ru) информации о внесении сведений в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС, для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2.6. Обеспечить размещение на сайте <https://report.minzdrav.gov.ru> ежемесячно, не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным, по форме, предусмотренной программно-информационным комплексом «Мониторинг оказания медицинской помощи с использованием метода ЭКО» Министерства здравоохранения Российской Федерации, информации об эффективности лечения бесплодия с помощью программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Коми обеспечить:

3.1. Оказание медицинской помощи пациентам с бесплодием, нуждающимся в лечении с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, в части проведения обследования и направления пациентов в медицинские организации Республики Коми, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

акушерству и гинекологии (использованию ВРТ) и участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.2. Предоставление информации об исходе беременности и родов, наступивших в результате применения методов ВРТ в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, в Комиссию в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу.

4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций частной системы здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми, руководствоваться требованиями настоящего приказа.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. № 12/503 «Об организации медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий на территории Республики Коми».

6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

7. Настоящий приказ вступает в силу со дня его принятия.

И. о. министра



Т.В. Марунич

Лебедева О. Н.

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____

Порядок маршрутизации пациентов, нуждающихся в проведении лечения бесплодия с помощью программ экстракорпорального оплодотворения или переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки, для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми

1. Направление на лечение бесплодия с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) в рамках базовой программы экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется в медицинские учреждения, оказывающие данный вид помощи и участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как на территории Республики Коми, так и за её пределами.

2. Перечень медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии с использованием методов ВРТ и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяется решением комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми.

3. В соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Коми на соответствующий год и плановый период медицинская помощь пациентам с бесплодием предоставляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

4. Программа ЭКО или перенос криоконсервированных эмбрионов выполняется пациентам при наличии у них показаний, перечисленных в пункте 10 Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н (далее – Порядок, Приказ № 803н).

5. Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации (далее – Перечень противопоказаний) предусмотрен приложением 2 к Порядку, утвержденного Приказом № 803н.

6. Перечень ограничений для проведения программы ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов предусмотрен пунктом 12 Порядка, утвержденного Приказом № 803н.

7. Пару считают бесплодной, если беременность у женщины в возрасте до 35 лет не наступает в течение одного года регулярной половой жизни без применения методов контрацепции и в течение 6 месяцев у женщины 35 лет и старше.

8. Обследование женщин осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной, первичной специализированной помощи, в том числе доврачебной, врачебной, а также специализированной амбулаторной и стационарной за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний.

9. Обследование мужа или мужчины, не состоящего в зарегистрированном браке с женщиной, планирующей ЭКО, проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии. Мужчины совместно с женщиной дают информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ.

10. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия.

11. Длительность наблюдения, обследования и лечения пациентов с бесплодием допускается в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше.

12. Лечащий врач медицинской организации, осуществляющий направление пациента на лечение бесплодия с помощью программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, (далее – лечащий врач) предоставляет пациентам информацию о перечне медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО или перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми и за пределами Республики Коми, о порядке ознакомления пациента со сведениями, содержащимися в реестре пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов, уникальный цифровой код реестровой записи пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, размещенных на сайте Министерства здравоохранения Республики Коми (www.minzdrav.rkomi.ru) и сайте ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» (www.Perinatal-komi.ru).

13. При направлении пациента на лечение бесплодия с помощью процедуры ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, лечащим врачом оформляется выписка из амбулаторной карты пациента (далее выписка) по форме, утвержденной настоящим приказом.

14. Базовая программа ЭКО состоит из этапов и оказывается в соответствии с пунктом 8 Порядка, утвержденного Приказом № 803н.

15. В случае наличия у пациентов показаний, предусмотренных пунктом 31 Порядка, утвержденного Приказом № 803н, программа ЭКО дополняется этапом криоконсервации биоматериала.

16. Лечащий врач оформляет направление для внесения в электронный реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми (приложение № 4 к настоящему приказу).

17. Лечащий врач формирует пакет документов в соответствии с рекомендуемым перечнем документов, предоставляемых пациентом в целях регистрации и внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми (приложение № 2 к настоящему приказу) и направляет документы к главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Коми для регистрации, рассмотрения на комиссии и внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми.

18. Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Коми обеспечивает организацию работы Комиссии.

19. Протокол Решения Комиссии направляется в медицинскую организацию, на основании которого лечащим врачом предоставляется (не предоставляется) направление на лечение по форме, являющейся приложением № 5 к Приказу № 803н.

20. С целью предотвращения осложнений и неблагоприятных последствий для женского организма количество возможных попыток ЭКО/ИКСИ в течение календарного года ограничено – не более двух. Количество переносов криоконсервированных эмбрионов – не более трех в год. Направление на повторную попытку ЭКО/ИКСИ осуществляется после оценки состояния здоровья женщины, определения показаний, отсутствии противопоказаний и ограничений, но не ранее, чем через 3 месяца, на перенос криоконсервированных эмбрионов – не ранее, чем через 2 месяца, при условии соблюдения очередности.

21. Реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, с указанием очередности и уникального цифрового кода реестровой записи пациента без персональных данных размещается на сайте Министерства здравоохранения Республики Коми.

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____
(приложение № 2)

Перечень документов и информации, предоставляемых медицинскими организациями для регистрации и внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения или переносом криоконсервированных эмбрионов эмбрионов в полость матки за счет средств обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных по форме, утвержденной настоящим приказом.

2. Выписка из амбулаторной карты пациента (далее – выписка), оформленная лечащим врачом по форме, утвержденной настоящим приказом. Для направления на перенос криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС, для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, давность выписки должна составлять не более 1 года.

3. Данные паспорта гражданина Российской Федерации (для лиц, не имеющих гражданства РФ, но проживающих на территории РФ – копия вида на жительство, копия разрешения на временное проживание).

4. Данные медицинского полиса ОМС, оформленного на территории Республики Коми (пациент застрахован на территории Республики Коми), наименование страховой медицинской организации.

5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

6. Выписка из эмбриологического протокола в случае направления на перенос криоконсервированного эмбриона.

7. Направление для внесения в электронный реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____
(приложение № 3)
ФОРМА

**Выписка из медицинской документации пациента при направлении
пациента на лечение бесплодия с использованием программ
экстракорпорального оплодотворения или переноса
криоконсервированных эмбрионов в полость матки за счет средств
обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на
территории Республики Коми**

(Полное наименование медицинского учреждения, направившего пациента)

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail ЛПУ:

Ф.И.О. пациента:

Дата рождения:

Место жительства: (указать место постоянной регистрации)

Контактный телефон:

Жалобы:

(указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данном ЛПУ).

Аллергологический анамнез, включая информацию о гемотрансфузиях

Наследственный анамнез, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т. д.

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при половой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

Вес:

Рост:

ИМТ:

Менструальная функция:

Семейный анамнез:

Контрацепция:

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

(перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

| Год | Диагноз | Объем оперативного вмешательства |
|-----|---------|----------------------------------|
| | | |

Репродуктивная функция: Беременностей - (всего), из них Р-, А-, В- (перечислить в хронологической последовательности)

| Год | Беременность | Особенности течения |
|-----|--------------|---------------------|
| | | |

Данные обследования

| Инфекция | Дата анализа |
|----------|--------------|
| ВИЧ | |

| | |
|-----------|--|
| Сифилис | |
| Гепатит В | |
| Гепатит С | |

При получении положительного результата необходима консультация в специализированном диспансере по месту жительства и получение заключения.

Группа крови резус-фактор: () Rh (); дата анализа:

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 | | |

Общий анализ мочи - дата анализа:

Уд. вес -...; Белок -...; Лейкоциты -...; Бактерии -... в п/зр.

Биохимический анализ крови: дата анализа:

| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
|---------------------------------|----------|--------------------------|
| глюкоза | | |
| общий белок | | |
| общий билирубин | | |
| креатинин | | |
| холестерин | | |
| АСТ | | |
| АЛТ | | |
| Гемостазиограмма: дата анализа: | | |
| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
| МНО | | |
| протромбиновый индекс | | |
| АПТВ | | |
| Фибриноген | | |
| Тромбиновое время | | |

При выявлении нарушений показателей коагулограммы - показана консультация гематолога с

рекомендациями и заключением: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

Гормональное обследование: (дата анализа)

| Гормоны на 2 - 5-й день менстр. цикла: | Показатели | Норма, единицы измерения |
|--|------------|--------------------------|
| ФСГ | | |
| ЛГ | | |
| пролактин | | |
| ТТГ | | |
| АМГ | | |

ПЦР анализ на ЗППП: (дата анализа)

| Инфекция | Результат |
|----------|-----------|
| | |

Исследование сыворотки крови методом ИФА: (дата анализа)

| Инфекции | Ig M | Ig G, единицы измерения |
|----------|------|-------------------------|
| | | |

Мазок на флору: (дата анализа)

| | V | C | U |
|----------------|---|---|---|
| Лейкоциты | | | |
| Пл. эпителий | | | |
| Гонококки Нейс | | | |
| Трихомонады | | | |
| Флора | | | |

Мазок на онкоцитологию (с датой забора)

Данные гистеросальпингографии, либо УЗ-гистеросальпингоскопии, либо данные хромогидротубации при лапароскопии: (дата анализа)

Заключение:

УЗИ органов малого таза на 5 - 7 день менструального цикла с указанием: количества антральных фолликулов, их расположения, толщины эндометрия, даты исследования, описание. При наличии показаний данные динамического исследования с указанием дня цикла.

ЭКГ: дата исследования, заключение

ФЛГ: дата исследования, заключение

Консультация терапевта: дата, заключение

Заключение:

Консультация генетика (по показаниям):

УЗИ молочных желез: дата исследования, заключение

Маммография (для пациентов после 40 лет): дата исследования, заключение

Муж (партнер): ФИО, возраст.

Здоров; Брак - 1, 2..., наличие детей (ДА/НЕТ) в данном или предыдущем браке.

| Инфекция | Дата анализа |
|----------|--------------|
| ВИЧ | |

| | |
|-----------|--|
| Сифилис | |
| Гепатит В | |
| Гепатит С | |

При получении положительного результата необходима консультация в специализированном диспансере по месту жительства и получение заключения.

ПЦР анализ на ЗППП: (дата анализа) Перечень исследований на ЗППП согласно Клиническим рекомендациям "Женское бесплодие" (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.)

| Инфекция | Результат |
|----------|-----------|
| | |

Спермограмма:

Описание, заключение.

МАR-тест (по показаниям, в случае бесплодия неясного генеза)

Консультация уролога/уролога-андролога (по показаниям, при патоспермии): дата осмотра

Заключение: с указанием необходимого метода лечения ЭКО / ЭКО+ИКСИ.

Диагноз:

(В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания)

Лечащий

врач

_____ (Печать лечебного учреждения)

Дата "___" _____ 20__ г.

При наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии, пациентка проходит полное обследование у профильного специалиста с предоставлением результатов обследования и заключением об отсутствии противопоказания к проведению ВРТ и вынашиванию беременности.

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства

здравоохранения Республики Коми

от _____ 2024 г. № _____

(приложение № 4)

ФОРМА

Направление для внесения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения или переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки за счет средств обязательного медицинского страхования для лиц, застрахованных на территории Республики Коми

ФИО пациента _____
 Дата рождения _____
 Адрес _____
 регистрации _____
 Контактный _____
 телефон _____
 Номер полиса _____
 ОМС _____
 Наименование _____
 страховой _____
 компании _____
 Наименование _____
 медицинского _____
 учреждения, где _____
 планируется _____
 проведение _____
 лечения _____

Диагноз _____
 основной+сопутст _____
 вующий): _____

Код МКБ _____
 Общее количество попыток ВРТ в _____
 анамнезе: _____
 ЭКО _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год
 Перенос криоконсервированных эмбрионов _____ год _____ год _____ год _____ год _____ год
 Беременности в анамнезе: ___ роды ___ аборт(ы) ___ выкидыш ___ внематочная беременность ___
 Дата оформления направления _____
 Подпись лечащего врача _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____
(приложение № 5)
ФОРМА

**Реестр пациентов, которым возможно
проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения или
переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки за счет
средств обязательного медицинского страхования для лиц,
застрахованных на территории Республики Коми**

| дата обращен ия за направле нием | дата получения направлени я | Наименова ние медицинск ой организац ии | Уникаль ный цифрово й код | ФИО | дата рожде ния | пол ных лет | вид ВРТ |
|--|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----|----------------------|-------------------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства
 здравоохранения Республики Коми
 от _____ 2024 г. № _____
 (приложение № 6)
 ФОРМА

Отчет о выполнении процедур вспомогательных репродуктивных технологий

| Число выданных направлений на процедуру ЭКО по ОМС за месяц | | | Число женщин, оставшихся в листе ожидания для выдачи направления на ЭКО по ОМС | | | Число выполненных процедур ЭКО за месяц | | | | Число выполненных процедур ЭКО (I – III этап) за месяц | |
|---|-------------|-------|--|-------------|-------|--|---|-------------|-------|--|--|
| Полный цикл | Криоперенос | Всего | Полный цикл | Криоперенос | Всего | Полный цикл без применения криоконсервации эмбрионов | Полный цикл с применением криоконсервации эмбрионов | Криоперенос | Всего | I – III этап без применения криоконсервации эмбрионов | I – III этап с применением криоконсервации эмбрионов |
| | | | | | | | | | | | |

УТВЕРЖДЕНА

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____
(приложение № 8)

**Положение о Комиссии по отбору пациентов
на лечение бесплодия с использованием программ экстракорпорального
оплодотворения или переноса криоконсервированных эмбрионов в
полость матки за счет средств обязательного медицинского страхования
для лиц, застрахованных на территории Республики Коми**

1. Общие положения:

1.1. Комиссия по отбору пациентов на лечение бесплодия с использованием программ экстракорпорального оплодотворения или переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки (далее – ЭКО и перенос криоконсервированных эмбрионов) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) для лиц, застрахованных на территории Республики Коми (далее – Комиссия) создается в ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» и является коллегиальным совещательным органом, образованным в целях отбора пациентов для лечения в медицинских организациях с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми (далее – Комиссия).

2. Функции Комиссии:

2.1. Основными функциями Комиссии являются:

1) отбор пациентов на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми;

2) подготовка предложений по вопросам улучшения организации и качества оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях Республики Коми.

3. Права Комиссии:

3.1. Комиссия имеет право:

1) рассматривать на своих заседаниях медицинские документы пациентов, нуждающихся в ЭКО;

2) оценивать полноту пакета документов, в соответствии с рекомендуемым перечнем, утвержденным настоящим приказом;

3) выносить решения о наличии медицинских показаний для проведения ЭКО (размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки); наличии ограничений для проведения ЭКО; наличии противопоказаний для проведения ЭКО;

4) присваивать уникальный цифровой код реестровой записи пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми, состоящий из шести цифр, где первые две цифры год поступления документов, последние четыре цифры номер протокола (например – 240018).

5) вносить сведения в реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми.

6) размещать сведения на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Коми (www.minzdrav.rkomi.ru) и сайте ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» (www.Perinatal-komi.ru).

4. Организация деятельности Комиссии:

4.1. Комиссию возглавляет главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Республики Коми – председатель Комиссии.

4.2. Состав Комиссии и положение о деятельности Комиссии утверждается приказом руководителя по ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр».

4.3. Комиссия осуществляет деятельность на базе ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» по адресу: г. Сыктывкар ул. Пушкина, д. 114/4.

4.4. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует председатель (лицо его замещающее) и не менее двух членов Комиссии.

4.5. Решения Комиссии оформляются протоколом, который подписывается председателем и присутствующими членами Комиссии.

4.6. Основанием для рассмотрения на Комиссии документов является направление для внесения в электронный реестр пациентов, которым возможно проведение процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми.

4.7. Комиссия принимает одно из следующих решений:

1) о наличии медицинских показаний для проведения ЭКО (размораживания с последующим переносом криоконсервированных эмбрионов в полость матки);

2) о наличии ограничений для проведения ЭКО;

3) о наличии медицинских противопоказаний для проведения ЭКО;

4) о невозможности принятия решение в связи с предоставлением документов и информации не соответствующих приложению № 2 настоящего приказа.

4.8. Срок рассмотрения документов составляет не более 10 календарных дней с момента регистрации.

4.9. Решение Комиссии оформляется в виде протокола в течение 3 календарных дней со дня его принятия.

4.10. Протокол заседания Комиссии оформляется в двух экземплярах.

Один экземпляр протокола остается на хранении в Комиссии, второй экземпляр направляется в медицинскую организацию, направившую документы пациента в Комиссию.

4.11. Протокол заседания Комиссии и пакет документов в течение 3 рабочих дней со дня принятия Комиссией решения направляются в медицинскую организацию.

4.12. Сроки хранения решений Комиссии составляют 25 лет.

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства
здравоохранения Республики Коми
от _____ 2024 г. № _____
(приложение № 9)
ФОРМА

**Протокол решения Комиссии по отбору пациентов на лечение бесплодия
с использованием программ экстракорпорального оплодотворения или
переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки за счет
средств обязательного медицинского страхования для лиц,
застрахованных на территории Республики Коми**

№ _____ от _____

| | | |
|--|---------|-------------|
| Рассмотрена медицинская документация пациентки: | | |
| Ф. И. О. (отчество при наличии) | | |
| Дата рождения: | | |
| Адрес регистрации: | | |
| Адрес места проживания: | | |
| Диагноз: | | |
| Код МКБ-10 | | |
| По результатам рассмотрения Комиссией предоставленной документации принято решение <i>(нужное оставить)</i> : | | |
| Наличие медицинских показаний для проведения ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки <i>(нужное подчеркнуть)</i> | | |
| Наличие ограничений для проведения ЭКО (переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки) | | |
| Наличие противопоказаний для проведения ЭКО (переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки) | | |
| Невозможность принять решение в связи с предоставлением неполного пакета документов. | | |
| Уникальный цифровой код пациента: | | |
| Председатель комиссии: | | |
| Должность | подпись | Расшифровка |
| | | |

УТВЕРЖДЕНА
 приказом Министерства
 здравоохранения Республики Коми
 от _____ 2024 г. № _____
 (приложение № 10)
ФОРМА

**Заявление
 о согласии на обработку персональных данных**

| | |
|---|--|
| Первичные сведения: | <p>В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Комиссии ГБУЗ РК «КРКЩ» (далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Сыктывкар, ул. Пушкина, д. 114/4, на обработку сведений обо мне (с целью отбора пациентов на лечение бесплодия с использованием программ ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС для лиц, застрахованных на территории Республики Коми следующих персональных данных: фамилия, имя отчество, дата рождения, место работы/учебы, должность, удостоверение личности, адрес, семейное положение, социальное положение, контактный телефон, пол, полис ОМС, гражданство, национальность, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья (включая: диагноз, результаты обследований, анализов и исследований, лекарственные назначения, сведения об ограниченных возможностях здоровья, анамнез, сведения о нетрудоспособности).</p> <p>Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, уничтожение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление.</p> <p>Обработка предусматривает использование средств вычислительной техники, использование бумажных носителей, передачу по внутренней сети Оператора и передачу по защищенным каналам связи третьим лицам для достижения указанных в данной согласии целей.</p> <p>К третьим лицам относятся медицинские организации, участвующие в системе ОМС.</p> <p>Я подтверждаю, что уведомлен о том, что Оператор может осуществлять предоставление сведений (включая мои персональные данные) иным лицам, если такое предоставление является обязательным требованием законодательства РФ.</p> <p>Я подтверждаю, что ознакомлен с Политикой</p> |
| ФИО: | |
| Дата рождения: | |
| Адрес регистрации: | |
| Адрес проживания: | |
| Удостоверение личности Наименование документа: | |
| Серия и номер: | |
| Дата выдачи: | |
| Кем выдан: | |
| Медицинский полис Кем выдан: | |
| номер: | |
| СНИЛС | |
| Иная информация необходимая для достижения цели обработки: контактный телефон: | |

| | |
|--|--|
| | <p>Оператора в отношении обработки персональных данных.</p> <p>Я подтверждаю, что ознакомлен с юридическими последствиями отказа в предоставлении каких-либо моих персональных данных или несвоевременного уведомления Оператора об их изменении.</p> <p>Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента достижения цели обработки или его отзыва.</p> <p>Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления.</p> |
| « » _____ 20__ г. <small>(дата)</small> | _____ <small>(подпись)</small> _____ <small>(ФИО)</small> |
