УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства

здравоохранения Республики Коми

от 26 августа 2024 г. № 8/430

(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 B | | | | | | | | |  | | |
| Гепатит C | | | | | | | | |  | | |
| 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 фолликуллов, 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 B | | | | | | |  | | | | |
| Гепатит C | | | | | | |  | | | | |
| 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.  MAR-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 26 августа 2024 г. № 8/430

(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+сопутствующий): | | | |  | |
|  | | | | | |
| Код МКБ |  | | | | |
| Общее количество попыток ВРТ в | | | | | |
| анамнезе: |  | | | | |
| ЭКО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год  Перенос криоконсервированных эмбрионов  \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год  Беременности в анамнезе: \_\_\_ роды \_\_\_ аборты \_\_\_ выкидыш \_\_\_ внематочная беременность \_\_\_  Дата оформления направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

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