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 гемотрансфузияхНаследственный 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, заключениеФЛГ: дата исследования, заключениеКонсультация терапевта: дата, заключениеЗаключение:Консультация генетика (по показаниям):УЗИ молочных желез: дата исследования, заключениеМаммография (для пациентов после 40 лет): дата исследования, заключениеМуж (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 осмотраЗаключение: 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 |  |
| Адресрегистрации |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_ годПеренос криоконсервированных эмбрионов\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_ годБеременности в анамнезе: \_\_\_ роды \_\_\_ аборты \_\_\_ выкидыш \_\_\_ внематочная беременность \_\_\_Дата оформления направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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