# [Приказ Министерства здравоохранения Республики Комиот 22 декабря 2014 г. N 12/503"Об организации медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий на территории Республики Коми"](http://internet.garant.ru/document?id=27230152&sub=0)

С изменениями и дополнениями от:

2 декабря 2015 г.

ГАРАНТ:

Информация о внесении изменений в настоящий документ содержится в документе:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 23 августа 2016 г. N 8/389 "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. N 12/503 "Об организации медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий на территории Республики Коми"

Информация об изменениях:

[Приказом](http://internet.garant.ru/document?id=43205208&sub=11) Министерства здравоохранения Республики Коми от 2 декабря 2015 г. N 12/537 преамбула изложена в новой редакции

[См. текст преамбулы в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/document?id=27382023&sub=100)

Во исполнение [постановления](http://internet.garant.ru/document?id=70712574&sub=0) Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N 1273 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов", [постановления](http://internet.garant.ru/document?id=27236233&sub=0) Правительства Республики Коми от 25 декабря 2014 г. N 545 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов", [приказа](http://internet.garant.ru/document?id=70218364&sub=0) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. N 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению", [письма](http://internet.garant.ru/document?id=70931664&sub=0) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2015 г. N 15-0/10/2-1073 "О направлении информационно-методического письма "О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО в 2015 году" и в целях повышения доступности медицинской помощи жителям Республики Коми при лечении бесплодия приказываю:

1. Создать при Министерстве здравоохранения Республики Коми Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.

2. Утвердить:

1) состав Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения согласно [приложению N 1](#sub_1000);

2) положение о Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения согласно [приложению N 2](#sub_2000);

3) форму протокола заседания комиссии Министерства здравоохранения Республики Коми по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, согласно [приложению N 3](#sub_3000);

4) порядок направления жителей Республики Коми для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения согласно [приложению N 4](#sub_4000);

5) лист маршрутизации при обследовании и лечении пациентов, страдающих бесплодием, согласно [приложению N 5](#sub_5000);

6) форму выписки из амбулаторной карты согласно [приложению N 6](#sub_6000);

7) форму направления для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования, согласно [приложению N 7](#sub_7000);

8) форму сведений о медицинской организации, оказавшей процедуру экстракорпорального оплодотворения по направлению для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования, согласно [приложению N 8](#sub_8000).

3. Признать утратившим силу [приказ](http://internet.garant.ru/document?id=27258906&sub=0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 23 июля 2013 г. N 7/335 "Об организации медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий на территории Республики Коми".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра В.А. Колесникова.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | Н.А. Арнаутова |

Приложение N 1

# Составкомиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения(утв. [приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. N 12/503)

1. Лебедева О.Н. - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр", главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Коми, председатель.

2. Цанг Н.В. - начальник отдела направления граждан на получение высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Коми, сопредседатель.

3. Ташева Е.В. - врач акушер-гинеколог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр", секретарь.

4. Козлова Е.И. - врач акушер-гинеколог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр".

5. Прокошев Д.Г. - заместитель главного врача по организационно- методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр".

6. Соболева И.Т. - врач акушер-гинеколог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр".

Приложение N 2

# Положениео комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения(утв. [приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. N 12/503)

С изменениями и дополнениями от:

2 декабря 2015 г.

# 1. Общие положения

1.1. Созданная при Министерстве здравоохранения Республики Коми Комиссия по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - Комиссия, ЭКО) является коллегиальным совещательным органом, образованным в целях отбора больных для лечения в медицинских организациях с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) в объеме экстракорпорального оплодотворения и переносе эмбриона в полость матки, в том числе, интрацитоплазматическое введение сперматозоида.

# 2. Функции Комиссии

2.1. Основными функциями Комиссии являются:

1) отбор пациентов в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ЭКО;

2) подготовка предложений по вопросам улучшения организации и качества оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, 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) выносить решения о необходимости направления пациентов в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при лечении бесплодия;

3) направлять пациентов на лечение в медицинские организации для оказания им специализированной медицинской помощи;

4) запрашивать у главных врачей медицинских организаций Республики Коми информацию, необходимую для решения вопросов в пределах компетенции Комиссии.

# 4. Организация деятельности Комиссии

4.1. Комиссию возглавляют главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр" (далее - "КРПЦ") - председатель Комиссии и начальник отдела направления граждан на получение высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Коми - сопредседатель Комиссии.

4.2. Комиссия располагается на базе "КРПЦ" по адресу: г. Сыктывкар ул. Пушкина, д. 114/4.

4.3. Заседание Комиссии при решении вопроса о направлении пациента для лечения бесплодия с применением ЭКО считается правомочным, если на нем присутствует председатель (сопредседатель) и не менее двух членов Комиссии.

4.4. Решения Комиссии принимаются путем открытого голосования двумя третями от числа членов Комиссии, присутствующих на заседании, и оформляются протоколом, который подписывается председателем или сопредседателем и присутствующими членами Комиссии.

4.5. Основанием для рассмотрения на Комиссии вопроса о направлении пациента для лечения бесплодия с применением ЭКО является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которой проходит лечение и наблюдение пациент (далее - Врачебная комиссия), о направлении медицинской документации пациента в Комиссию.

4.6. Комиссия принимает одно из следующих решений:

1) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО в "КРПЦ" для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС);

2) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО в "КРПЦ" для оказания специализированной медицинской помощи за счет средств ОМС;

3) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО на базе прочих медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи за счет средств ОМС;

4) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО на базе прочих медицинских организаций для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств ОМС;

5) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО на базе прочих медицинских организаций для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных средств;

6) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО в "КРПЦ" для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных средств;

7) определено наличие медицинских показаний для направления пациента на лечение в медицинскую организацию с целью проведения дополнительного обследования;

8) определено отсутствие медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО.

4.7. Основание для направления пациента на дообследование в медицинскую организацию:

1) отсутствие в представленной выписке из медицинской документации пациента результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии (отсутствии) показаний для проведения ЭКО в соответствии с [приказом](http://internet.garant.ru/document?id=70218364&sub=0) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. N 107н "О Порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

4.8. Основание для отказа в направлении пациента на лечение с применением процедуры ЭКО:

1) наличие противопоказаний к проведению ЭКО;

2) отсутствие показаний к проведению ЭКО;

3) отказ в предоставлении результатов дообследования.

4.9. Рассмотрение пакета документов и принятие решения осуществляется Комиссией в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня поступления в Комиссию пакета документов.

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

4.11. Протокол заседания Комиссии оформляется в трех экземплярах.

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

Информация об изменениях:

[Приказом](http://internet.garant.ru/document?id=43205208&sub=121) Министерства здравоохранения Республики Коми от 2 декабря 2015 г. N 12/537 в пункт 4.12 внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/document?id=27382023&sub=2412)

4.12. Копия протокола заседания Комиссии и пакет документов в течение 3 рабочих дней со дня принятия Комиссий решения направляются в отдел направления граждан на получение высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Коми для направления пациента в федеральные медицинские организации, медицинские организации, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, для оказания ему высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи и иных видов специализированной медицинской помощи, за исключением направления пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи, за счет ОМС.

Информация об изменениях:

[Приказом](http://internet.garant.ru/document?id=43205208&sub=122) Министерства здравоохранения Республики Коми от 2 декабря 2015 г. N 12/537 в пункт 4.13 внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/document?id=27382023&sub=2413)

4.13. При определении Комиссией наличия медицинских показаний для направления пациента на лечение с применением процедуры ЭКО для оказания специализированной медицинской помощи, за счет средств ОМС, пациенту выдается направление согласно [приложению N 7](#sub_7000) к настоящему приказу.

4.14. Комиссия обеспечивает ведение учетной документации по оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи по формам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, информирование территориального фонда обязательного медицинского страхования о выданных направлениях.

Информация об изменениях:

[Приказом](http://internet.garant.ru/document?id=43205208&sub=13) Министерства здравоохранения Республики Коми от 2 декабря 2015 г. N 12/537 в приложение внесены изменения

[См. текст приложения в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/document?id=27382023&sub=3000)

Приложение N 3

С изменениями и дополнениями от:

2 декабря 2015 г.

Утверждена
[приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 22 декабря 2014 г. N 12/503

Форма

# ПРОТОКОЛЗАСЕДАНИЯ КОМИССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ ПО ОТБОРУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

 Протокол заседания комиссии от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Действующей на основании:

1. [Приказа](http://internet.garant.ru/document?id=27224517&sub=0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 25.09.2007 г. N 9/172 "Об организации работы по отбору больных в федеральные медицинские учреждения и в медицинские учреждения, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, для оказания им высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи и иных видов специализированной медицинской помощи, не оказываемой на территории Республики Коми".

2. [Постановления](http://internet.garant.ru/document?id=70712574&sub=0) Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N 1273 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов".

3. [Приказа](http://internet.garant.ru/document?id=70759232&sub=0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи".

4. Рассмотрена медицинская документация пациента(тки):

 ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид медицинской помощи специализированный: является/не является высокотехнологичным (ненужное вычеркнуть).

Оказывается/не оказывается на территории Республики Коми (ненужное вычеркнуть).

 Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код диагноза по [МКБ-10](http://internet.garant.ru/document?id=4000000&sub=0): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код вида ВМП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение: По результатам рассмотрения Комиссией определено Наличие/отсутствие медицинских показаний для направления пациента в федеральную медицинскую организацию (ненужное вычеркнуть).

 Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Состав комиссии:

Председатель комиссии

(главный внештатный специалист

Министерства здравоохранения

Республики Коми)

/сопредседатель

(Должность, Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность, Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Приложение N 4

# Порядокнаправления жителей Республики Коми для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения(утв. [приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. N 12/503)

С изменениями и дополнениями от:

2 декабря 2015 г.

1. Обследование, первичный отбор, подготовка к циклу экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) проводятся в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по месту жительства (обращения) гражданина.

2. В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи, возможности проведения необходимых диагностических (лабораторных) исследований в целях определения показаний с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей возможность проведения таких диагностических (лабораторных) исследований.

3. Углубленное обследование проводится в рамках оказания специализированной медицинской помощи, направление пациентов для обследования осуществляется в соответствии с листом маршрутизации по обследованию бесплодных супружеских пар.

4. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3-6 месяцев.

Информация об изменениях:

[Приказом](http://internet.garant.ru/document?id=43205208&sub=14) Министерства здравоохранения Республики Коми от 2 декабря 2015 г. N 12/537 в пункт 5 внесены изменения

[См. текст пункта в предыдущей редакции](http://internet.garant.ru/document?id=27382023&sub=4005)

5. По результатам проведенного обследования лечащий врач акушер-гинеколог по месту жительства (обращения) пациента составляет выписку из амбулаторной карты, в которой подробно отображается анамнез, результаты обследования. Выписка из амбулаторной карты составляется по форме согласно [приложению N 6](#sub_6000) к настоящему приказу.

Врач информирует пациента о возможности выбора медицинской организации для проведения ЭКО.

6. Выписка из амбулаторной карты рассматривается врачебной комиссией медицинской организации по месту жительства (обращения) пациента.

В случае комиссионного решения о необходимости лечения пациента с применением ВРТ готовится пакет документов, включающий в себя:

1) ходатайство за подписью руководителя медицинской организации о лечении пациента с применением ВРТ;

2) решение врачебной комиссии медицинской организации о необходимости лечения пациента с применением ВРТ;

3) выписка из амбулаторной карты пациента;

4) заявление пациента на имя министра (заместителя министра) здравоохранения Республики Коми о направлении на лечение с применением ВРТ;

5) согласие пациента на обработку персональных данных;

6) ксерокопия паспорта пациента (разворот страниц с информацией о фамилии, имени, отчестве, регистрации по месту жительства);

7) ксерокопия страхового номера индивидуального лицевого счета пациента;

8) ксерокопия полиса обязательного медицинского страхования пациента.

7. Пакет документов, указанных в [пункте 6](#sub_4006) настоящего порядка, направляется медицинской организацией для рассмотрения в Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - Комиссия).

8. По результатам рассмотрения Комиссией документов в медицинскую организацию и пациенту направляется протокол ее решения.

В случае принятия решения о нуждаемости пациента в лечении с применением процедуры ЭКО на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми "Коми республиканский перинатальный центр" (далее - "КРПЦ") пациент включается Комиссией в лист ожидания.

9. Обезличенная информация в целях ознакомления об очередности в лечении с применением процедуры ЭКО на базе "КРПЦ" размещается на его официальном интернет-сайте: [www.perinatal-komi.ru](http://internet.garant.ru/document?id=27214725&sub=486). (по номеру протокола Комиссии) или [www.rosminzdrav](http://internet.garant.ru/document?id=27214725&sub=626) (по номеру талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи).

Приложение N 5

# Листмаршрутизации при обследовании и лечении пациентов, страдающих бесплодием(утв. [приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения Республики Коми от 22 декабря 2014 г. N 12/503)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Территория | Обследование в соответствии с [приказом](http://internet.garant.ru/document?id=70218364&sub=0) МЗ РФ N 107Н от 30.08.2012 + УЗИ почек | HS + биопсия | МСГ сонография | OLS | HRS | ЭКО |
| Усть-Цилемский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "КРПЦ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/центральные НИИ РФ |
| Корткеросский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Усть-Куломский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Прилузский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) | Прилузская ЦРБ | ГБУЗ РК "КРПЦ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Койгородский район | по местожительства[\*](#sub_1111) | Койгородская ЦРБ |
| Ижемский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "УМРД" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Княжпогостский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "УМРД" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Троицко-Печорский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Сосногорский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Вуктыльский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |  |  |
| Ухта | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Городская поликлиника" г. Ухта | ГБУЗ РК "УМРД" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Удорский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "КРБ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Сысольский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Сыктывдинский район | по месту жительства[\*](#sub_1111) |
| Усть-Вымский район | по местожительства[\*](#sub_1111) |
| Воркута | по местожительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Воркутинский родильный дом" | ГБУЗ РК "Воркутинский родильный дом" | ГБУЗ РК "КРБ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Инта | по местожительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Интинская ЦГБ" |
| Усинск | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Усинская ЦРБ" | ГБУЗ РК "КРБ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Печора | по местожительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Печорская ЦРБ" | ГБУЗ РК "КРБ" | ГБУЗ РК "КРПЦ"/ центральные НИИ РФ |
| Сыктывкар | по месту жительства[\*](#sub_1111) | ГБУЗ РК "Центральная поликлиника г. Сыктывкар" | ГБУЗ РК "КБЭР" | ГБУЗ РК "КРПЦ" центральные НИИ РФ |

 \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать содержание сноски)

Приложение N 6

Утверждена
[приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 22 декабря 2014 г. N 12/503

Форма

# ВЫПИСКИ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

 Адрес медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Е-mail медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Место жительства (место регистрации) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать общую продолжительность бесплодия, а не только время

наблюдения по бесплодию в данной женской консультации).

 Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч.

Lues, туберкулез, гепатиты и т.д. 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).

 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 | Показания к операции | Объем операции |
|  |  |  |
|  |  |  |

Репродуктивная функция: А- , Р- , В- (перечислить в хронологической последовательности)

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

Данные обследования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Инфекция | Дата анализа | Результат |
| ВИЧ |  |  |
| Сифилис |  |  |
| Гепатит В |  |  |
| Гепатит С |  |  |

Группа крови резус фактор - (результат, 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 - (результат, дата анализа)

Биохимический анализ крови - (дата анализа).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
| Глюкоза |  |  |
| Общий белок |  |  |
| Общий билирубин |  |  |
| Креатинин |  |  |
| АСТ |  |  |
| АЛТ |  |  |

Коагулограмма - (дата анализа).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма, единицы измерения |
| Фибриноген |  |  |
| Протромбиновое время |  |  |
| АЧТВ |  |  |
| Тромбиновое время |  |  |
| Антитромбин III |  |  |

Гормональное обследование: (дата анализа - 3-й - 5-й день менструального цикла)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гормоны | Показатели | Норма, единицы измерения |
| ФСГ |  |  |
| ЛГ |  |  |
| Пролактин |  |  |
| Кортизол |  |  |
| Тестостерон |  |  |
| Т4 |  |  |
| ТТГ |  |  |
| АМГ |  |  |
| ДГЭА-С[\*](#sub_2222) |  |  |
| 17-ОНР[\*](#sub_2222) |  |  |

\* При наличии медицинских показаний

ПЦР анализ на ЗППП (дата анализа)

|  |  |
| --- | --- |
| Инфекция | Результат |
| Ureaplasma urealyticum |  |
| Chlamydia trachomatis |  |
| Mycoplasma genitalium |  |
| ВПЧ 16 и 18 типа |  |

Исследование сыворотки крови - (дата анализа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Инфекции | IgМ | единицы измерения |
| ЦМВИ |  |  |
| ВИГ 1 и 2 типа |  |  |
| Краснуха |  |  |
| Токсоплазмоз |  |  |
| ВПЧ 16 и 18 типа |  |  |

Мазок на флору - (дата анализа).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | U | C |
| Лейкоциты |  |  |
| Пл. эпителий |  |  |
| Гонококки нейс. |  |  |
| Трихомонады |  |  |
| Флора |  |  |

Биопсия эндометрия: (дата, заключение)

Гистеросальпингография, гистеросальпингоскопия,

ЭХО-гистеросальпингоскопия: (дата, заключение)

Цитологическое исследование мазков шейки матки: (дата, заключение)

Кольпоскопия:

УЗИ органов малого таза: (на 5 - 7 дни цикла: - дата исследования

Дать описание: матка - размер, положение, эхоструктура,

Эндометрий - размер, эхоструктура. Яичники - размеры, количество фолликулов).

УЗИ органов брюшной полости: (заключение)

ЭКГ: (Дата исследования. Описание. Заключение).

ФЛГ: (Дата исследования. Заключение).

Консультация терапевта: дата осмотра, заключение. Отсутствие противопоказаний для ЭКО и вынашивания беременности.

УЗИ молочных желез: - дата исследования (дать описание)

Маммография: при возрасте женщины старше 35 лет.

Муж. Ф.И.О., возраст, наличие детей от предыдущего/настоящего брака

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Инфекция | Дата анализа | Результат |
| ВИЧ |  |  |
| Сифилис |  |  |
| Гепатит В |  |  |
| Гепатит С |  |  |

Мазок на флору - (дата анализа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | U |  |
| Лейкоциты |  |  |
| Пл. эпителий |  |  |
| Гонококки нейс. |  |  |
| Трихомонады |  |  |
| Флора |  |  |

ПЦР анализ на ЗППП (дата анализа)

|  |  |
| --- | --- |
| Инфекция | Результат |
| Ureaplasma urealyticum |  |
| Chlamydia trachomatis |  |
| Mycoplasma genitalium |  |

Исследование сыворотки крови - (дата анализа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Инфекции | IgМ | единицы измерения |
| ЦМВИ |  |  |
| ВПГ 1 и 2 типа |  |  |

|  |
| --- |
| Спермограмма Дата анализа |
| Параметры |  | Норма ВОЗ | Параметры |  | Норма ВОЗ |
| Воздержание |  | 3-7 дней | Кол-во сперматозоидов в 1 мл |  | >20 |
| Время разжижения |  | < 60 мин | Кол-во сперматозоидов в эякуляте |  | >40 млн./мл |
| Объем эякулята |  | 2 - 4 мл | Подвижных |  | > 50% |
| Вязкость |  | N | Них: быстрых прогрессивных "а" |  | > 25% |
| Цвет |  | серо-молочный | средних "в" |  |  |
| РН |  | 7,2-7,8 | медленных "с" |  | < 50% |
| Лейкоциты |  | < 1 млн/мл | Средняя прогрессивная скорость сперматозоидов "а" |  |  |
| Спермоцитограмма (+Морфология сперматозоидов строгая по Крюгеру) |
| Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ > 30%) |  | Сперматозоиды с патологической морфологией |
| Морфология по Крюгеру |  | 1. головки |  |
| Сперматиды |  | 2. шейки |  |
| Особенности: |  | 3. хвоста |  |
| MAR-тест |  | 4. смешанного типа |  |

Заключение: (нуждается в экстракорпоральном оплодотворении)

Консультация андролога при снижении показаний спермограммы

Диагноз:

Код [МКБ X](http://internet.garant.ru/document?id=4000000&sub=0):

 Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав. женской консультацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Печать медицинской организации

 Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Приложение N 7

Утверждена
[приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 22 декабря 2014 г. N 12/503

Форма

# НАПРАВЛЕНИЯДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

 N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 Ф.И.О. пациента, направляемого на ЭКО

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

 Шифр пациента \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст пациента \_\_\_ лет

 Документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан)

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

 Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 СНИЛС

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |

Адрес регистрации/места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код диагноза по [МКБ](http://internet.garant.ru/document?id=4000000&sub=0) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации для проведения ЭКО

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

 Наименование медицинской организации, выдавшей направление

(наименование, адрес, факс, электронная почта)

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

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

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

 Ф.И.О. должностного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ должность

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

 МП

Приложение N 8

Утверждена
[приказом](#sub_0) Министерства здравоохранения
Республики Коми
от 22 декабря 2014 г. N 12/503

Форма

# Сведенияо медицинской организации, оказавшей процедуру экстракорпорального оплодотворения по направлению для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования

 N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

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

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

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

(период проведения ЭКО) (результат проведенного лечения)

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

(руководитель медицинской организации) М.П. (Ф.И.О.)

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

 (ФИО должностного лица) М.П. (должность)