



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

« 10 » 04 . 2017 г. г. Грозный

№ 71

г Об организации работы по направлению пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения г

В целях организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО) в рамках базовой программы ОМС, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных изменений, противопоказаниях и ограничениях к их применению», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2012 года № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» и информационно - методического письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2016 года № 15-4/10/2-1895 «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:

1.1. Положение о Комиссии согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Состав комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС (далее Комиссия) согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Порядок направления граждан для проведения процедуры ЭКО согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму протокола заседания Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

- 1.5. Форму направления для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС согласно приложению № 5 к настоящему приказу.
- 1.6. Форму листа ожидания согласно приложению № 6 к настоящему приказу.
- 1.7. Форму заявления пациента, о согласии на обработку персональных данных согласно приложению № 7 к настоящему приказу.
- 1.8. Форму выписки из амбулаторной карты пациента, направленного для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС согласно приложению № 8 к настоящему приказу.
- 1.9. Форму отчета мониторинга беременности и исхода родов после проведения ЭКО согласно приложению № 9 к настоящему приказу.
- 1.10. Форму регистра бесплодных супружеских пар согласно приложению № 10 к настоящему приказу.
2. Главному врачу ГБУ «Родильный дом», обеспечить:
 - 2.1. Работу по организации направления пациентов на лечение бесплодия с применением процедуры ЭКО, ведение электронной версии листа ожидания.
 - 2.2. Представлять информацию для внесения в Лист ожидания размещенного в разделе «Очередь ЭКО» на портале Министерства здравоохранения Чеченской Республики, еженедельно.
 - 2.2. Представлять в ТФОМС Чеченской республики форму отчета мониторинга беременности и исхода родов после проведения ЭКО согласно приложению № 9 к настоящему приказу, ежемесячно до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.
3. Руководителям медицинских организаций:
 - 3.1. Обеспечить отбор и обследование пациентов перед направлением их на лечение бесплодия с применением процедуры ЭКО.
 - 3.2. Представлять в ГКУ «Медицинский информационно - аналитический центр» форму отчета мониторинга беременности и исхода родов после проведения ЭКО согласно приложению № 9 к настоящему приказу и форму регистра бесплодных супружеских пар согласно приложению № 10 к настоящему приказу, ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.
4. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» обеспечить размещение представленной информации на официальном сайте Минздрава ЧР.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики В.С. Адамова.

Министр

 Э.А. Сулейманов

ПОЛОЖЕНИЕ
О КОМИССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ОТБОРУ И НАПРАВЛЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

1. Общие положения

Комиссия Министерства здравоохранения Чеченской Республики (далее - Комиссия) является коллегиальным органом, созданным с целью отбора и направления пациентов на лечение бесплодия с применением процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования.

2. Функции Комиссии

2.1. Отбор и направление пациентов - жителей Чеченской Республики на лечение бесплодия с применением процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО) за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.2. Формирование и упорядочивание потока пациентов для проведения процедуры ЭКО путем составления листов ожидания и контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия методом ЭКО. Решение Комиссии является основанием для направления пациента для проведения процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.3. Координация деятельности руководителей государственных учреждений здравоохранения Чеченской Республики, главных штатных и внештатных специалистов Минздрава ЧР по вопросам организации отбора и направления пациентов на ЭКО.

2.4. Взаимодействие с медицинскими организациями по вопросам организации оказания медицинской помощи с использованием ЭКО жителям Чеченской Республики.

2.5. Ведение мониторинга оказания медицинской помощи с использованием ЭКО жителям Чеченской Республики в медицинских организациях.

3. Права Комиссии

3.1. Рассматривать на заседаниях комплект документов пациентов:

а) направленных в Комиссию Минздрава ЧР медицинскими организациями, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, в том числе посредством электронного взаимодействия;

б) представленных самостоятельно пациентом (его законным представителем, доверенным лицом) в Комиссию Минздрава ЧР.

3.2. Принимать решение о необходимости направления или отказа в направлении в медицинские организации на процедуру ЭКО.

3.3. Привлекать к работе главных штатных и внештатных специалистов Минздрава ЧР по профилю заболевания пациента с целью определения наличия/отсутствия показаний для проведения ЭКО.

3.4. Направлять пациента в медицинские учреждения, находящиеся в ведении Минздрава ЧР, для проведения дополнительного обследования в соответствии с утвержденным Минздравом России Перечнем клинικο-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для направления на ЭКО.

3.5. Давать рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия показаний для направления в медицинскую организацию с проведения ЭКО.

3.6. Рассматривать спорные вопросы отбора и направления пациентов на процедуру ЭКО, в случае необходимости приглашать на заседания комиссии пациентов, лечащих врачей.

3.7. Запрашивать в установленном порядке у руководителей медицинских организаций, проводящим процедуру ЭКО гражданам Российской Федерации, информацию, необходимую для решения вопросов, относящихся к компетенции Комиссии.

3.8. Заседание Комиссии проводится по мере необходимости, но не реже 1 раза в неделю.

3.9. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствуют не менее 2/3 членов комиссии. Решение Комиссии принимается большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании.

Состав

Комиссии Министерства здравоохранения Чеченской Республики
по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального
оплодотворения

№	Фамилия, имя, отчество	Место работы	Занимаемая должность
1.	Адамов В.С.	Минздрав ЧР	заместитель Министра здравоохранения ЧР - председатель
2.	Саратова Э.С.	Минздрав ЧР	директор Департамента материнства и детства Минздрава ЧР - заместитель председателя
Члены комиссии:			
3.	Тарамова Л. В.	Минздрав ЧР	начальник отдела материнства Минздрава ЧР
4.	Специалист ГБУ «Родильный дом», по согласованию	Минздрав ЧР	секретарь
5.	Умаева З. М.	ТФОМС ЧР	начальник управления по ОМС и мониторингу медицинской профилактики
6.	Гайрбеков Т-А. Б.	ТФОМС ЧР	начальник управления формирования финансовых средств и статистической отчетности в системе ОМС

Порядок направления граждан для проведения процедуры ЭКО

1. Пациент обращается к своему лечащему врачу в поликлинике (женской консультации).

2. Лечащий врач собирает анамнез, осматривает пациента, направляет пациента на обследование, при необходимости может направить в стационар для проведения углубленного обследования. Обследование проводится и женщине, и мужчине.

3. Когда окончательный диагноз установлен, лечащий врач готовит подробную выписку из медицинской документации за подписью руководителя медицинской организации по месту лечения и наблюдения пациента. В выписке отражается диагноз заболевания, сведения о состоянии здоровья пациентов, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, рекомендации о необходимости проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС.

4. Пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО и участвующих в реализации программ ОМС. Выбранная медицинская организация указывается в выписке из медицинской документации.

5. Лечащий врач готовит комплект документов (далее – комплект документов):

1) заявление о согласии на обработку персональных данных гражданина (пациента) согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

2) выписку из медицинской документации пациента согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

3) копии следующих документов: а) паспорт гражданина Российской Федерации; б) полис обязательного медицинского страхования пациента; в) свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента.

В случае обращения от имени пациента законного представителя пациента (доверенного лица):

1) в письменном заявлении дополнительно указываются сведения о законном представителе (доверенном лице) и прилагаются:

а) копия паспорта законного представителя пациента (доверенного лица);

б) копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента, или заверенная в установленном законодательством Российской Федерации порядке доверенность на имя доверенного лица пациента.

6. Комплект документов предварительно представляется в «Кабинет направления на иногороднее лечение» в ГБУ «Родильный дом». Документы представляет медицинская организация, лично пациент или законный представитель пациента в том числе посредством электронного взаимодействия на электронный адрес: materinstvo-napravlenie@mail.ru. Специалист Кабинета, после обработки, направляет медицинскую документацию для рассмотрения комиссией в отдел материнства Минздрава ЧР на электронный адрес: otdel-materinstva@mail.ru.
7. Прием документов в ГБУ «Родильный дом» осуществляется ежедневно с 09.00 ч. до 16.30 ч., перерыв с 12.00 ч. до 13.00 ч., кроме субботы, воскресенья и праздничных дней.
8. При отсутствии в представленной выписке из медицинской документации пациента результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии (отсутствии) показаний для планового направления пациента в медицинские организации, с целью проведения ЭКО, Комиссия обеспечивает направление пациента в медицинские учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чеченской Республики, для проведения дополнительного обследования, в соответствии с утвержденным Минздравом России Перечнем клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке пациентов для проведения ЭКО.
9. Решение Комиссии оформляется протоколом по форме в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу.
10. Копия решения комиссии направляется в Кабинет для направления в медицинскую организацию, которая подготовила комплект документов, для последующего информирования пациента.
11. Срок подготовки решения Комиссии о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента на ЭКО не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в Комиссию комплекта документов.
12. При положительном решении комиссии:
 - 12.1. Данные о пациенте вносятся в Лист ожидания согласно приложению № 6 к настоящему приказу. Электронная версия листа ожидания размещается на официальном сайте министерства с указанием шифра пациента без персональных данных.
 - 12.2. Выписка из медицинской документации направляется на рассмотрение в комиссию медицинской организации, в которой запланировано проведение процедуры ЭКО, которая назначает дату приема, при необходимости, дополнительное обследование и лечение, или делает отказ с указанием причины отказа.

12.3. Ответ сообщается пациенту в установленном порядке, лично или через медицинскую организацию (поликлинику), где оформлялись документы на проведение процедуры ЭКО или непосредственно специалистами медицинской организации, где будет проводиться ЭКО.

12.4. При положительном ответе пациенту выдается оригинал направления для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС (далее – направление) согласно приложению № 5 к настоящему приказу в медицинское учреждение, в котором планируется проведение процедуры ЭКО. Так же выдается перечень клинико - диагностических исследований, необходимых при проведении ЭКО, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных изменений, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

13. Комиссия осуществляет учет выданных направлений и полученных сведений о проведении ЭКО.

Протокол
заседания комиссии министерства здравоохранения Чеченской
Республики по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО в
рамках базовой программы ОМС

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

(Ф.И.О., направляемого пациента для проведения процедуры ЭКО)

(дата рождения)

(код диагноза МКБ)

(полис ОМС)

(СНИЛС)

РЕШЕНИЕ: НАПРАВИТЬ/ ОТКАЗАТЬ

в направлении для проведения процедуры ЭКО

в: _____
(наименование медицинской организации для проведения процедуры ЭКО)

Председатель комиссии: _____ /В.С. Адамов /

Заместитель председателя: _____ / Э.С. Саратова /

Члены: _____ /Л.В. Тарамова /

_____ /З.М. Умаева/

_____ /Т-А. Б. Гайрабеков /

Гл. специалист по профилю: _____ / Л. В. Тарамова /

Секретарь: _____ / _____ /

**Направление для проведения процедуры ЭКО
в рамках базовой программы ОМС**

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

(Ф.И.О., направляемого пациента для проведения ЭКО)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации / места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/ повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

(наименование органа, исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(Ф.И.О. должностного лица)

М.п.

(должность)

Лист ожидания

№№	Шифр пациента*	Дата включения в лист ожидания	Дата направления на лечение в МО	Учреждение, куда направлены документы

*Порядковый номер пациента

В Комиссию по отбору пациентов
для проведения процедуры ЭКО
в рамках базовой программы ОМС

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие Министерству здравоохранения Чеченской Республики на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью направления на ЭКО

1. Дата рождения (число, месяц, год): _____ 2. Телефон: _____
3. Документ, удостоверяющий личность: _____

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства: _____

5. Адрес фактического проживания: _____

6. Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии): _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии): _____

В том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации: Сведения о законном представителе:

1. Ф.И.О. _____ 2. Телефон _____

3. Адрес регистрации по месту жительства/фактического проживания: _____

4. Дата рождения законного представителя (число, месяц, год): _____

5. Документ, удостоверяющий личность законного представителя: _____

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

6. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

_____ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Об ответственности за достоверность представленных сведений **предупрежден(а)**.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении **согласен(а)** (нужное подчеркнуть).

Подпись пациента: _____ / _____ /
(Ф.И.О.)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента принял: « _____ » _____ 20 _____ г. _____
(дата приема заявления) (подпись)

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

Адрес медицинской организации: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Место жительства: _____

Телефон: _____ E-mail: _____

Место работы: _____

Пациентка направляется для (выбрать нужное): 1. проведения программы ЭКО и ПЭ за счет средств ФОМС. 2. консультации по вопросу о возможности проведения программы ЭКО и ПЭ.

Жалобы: _____
(указать общую продолжительность бесплодия).

Аллергологический анамнез: _____

Гемотрансфузии: _____

Наследственный анамнез: _____

Перенесенные болезни: _____

(включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т.д.)

Перенесенные женские заболевания: _____

Менструальная функция: _____

Половая функция: _____ **Брак** _____

Контрацепция: _____

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

Год	Беременность	Особенности течения, исход беременности

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Гистеросальпингография: _____
(дата обследования, результат. Срок действия 1 год)

Попытки ЭКО и ПЭ: _____
(дата проведения, название медицинской организации и результат (указать, с ИКСИ или без нее))

Данные обследования

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

(срок действия 21 день)

Пациентки, которые в анамнезе перенесли Lues, могут получить положительный результат методом ИФА. При получении положительного результата **необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение!!!**

Консультация врача инфекциониста - дата консультации - носительство вируса гепатита С. Противопоказаний к программе ЭКО нет.

Группа крови резус фактор – дата анализа, результат
(сдается однократно)

Клинический анализ крови дата анализа, результат

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
• Базофилы		
• эозинофилы		
• миелоциты		
• метамиелоциты		
• палочкоядерные		
• сегментоядерные		
• лимфоциты		
• моноциты		

(срок действия 1 мес.)

Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ (Каолин)		
Фибриноген		
тромбиновое время		
Антитромбин III		

(срок действия 1 месяц) Заключение:

Общий анализ мочи - дата анализа, результат
(срок действия 1 мес.)

Биохимический анализ крови - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		
ГГТ		
ЛДГ		

(срок действия 1 месяц)

Возможно проведение тех показателей коагулограммы, которые проводятся по месту жительства.

При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: *проведение программы ЭКО и ПЭ, беременность не противопоказаны.*

Гормональное обследование: дата анализа (на 2 – 3й день менстр. цикла)

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
ДГА-S		
Пролактин		
кортизол		
тестостерон		
эстрадиол		
СТГ		
17-ОПК		
T4св.		
ТТГ		
АМГ (с 37 лет)		
прогестерон – 20-22й день цикла (указать дату)		

(срок действия 6мес)

ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПГ 1 и 2 типа	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18	не обнаружена
ЦМВИ	не обнаружена

(срок действия 6 мес)

Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ	отр	
ВПГ 1 и 2 типа	отр	
краснуха	отр	
токсоплазмоз	отр	

(срок действия 6 месяцев)

Мазок на степень чистоты – дата анализа.

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

(срок действия 7-10 дней).

Бактериологический посев на флору - дата анализа.

	U	C
	Роста нет	Роста нет

(срок действия 6 мес.).

Кольпоскопия (срок действия 1 год) – дата исследования - патологии не выявлено.

Мазок на онкоцитологию (срок действия 1 год) – дата исследования – без особенностей.

УЗИ органов малого таза(срок действия 1 мес): на 5-8 дни цикла: - дата исследования

Дать описание: Матка - размер, положение, эхоструктура (противопоказано для ЭКО – миоматозный узел с деформацией полости матки, размер узла более 3 см.).

Эндометрий - размер, эхоструктура. (противопоказано для программы ЭКО: полипы эндометрия, хр. эндометрит, синехии в полости матки).

Яичники - размеры, количество фолликулов (противопоказано для программы ЭКО функциональные кисты более 2 см на 5-7 дни цикла).

Гидросальпинкс перед программой ЭКО требует удаления!!!

Заключение: органической патологии не выявлено. (СПКЯ, миома матки небольших размеров - узел менее 3 см.).

ЭКГ(срок действия 1 мес) дата исследования. Описание: ритм синусовый.

Заключение: патологии не выявлено. При выявлении патологии - Консультация кардиолога.

Диагноз: ____ Заключение: проведение программы ЭКО и беременность не противопоказано.

ФЛГ (срок действия 1 год) дата исследования. Заключение.

Консультация терапевта: (обязательна у каждой пациентки, срок действия 1 год) дата осмотра. Диагноз: практически здорова. (при выявлении патологии указать диагноз: хр. пиелонефрит в стадии ремиссии, дискенезия желчевыводящих путей).

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

УЗИ молочных желез (в 1 фазу цикла, срок действия 1 год) дата исследования.

Заключение: патологии не выявлено.

При выявлении патологии (*диффузная фиброзно-кистозная мастопатия и т.д.*)

Консультация маммолога. (срок действия 1 год) Диагноз: _____.

Заключение: проведение программы ЭКО и беременность не противопоказано.

Женщине старше 35 лет проводится маммография (срок действия 1 год).

УЗИ щитовидной железы (срок действия 1 год) - дата исследования (*дать описание*). Заключение: патологии не выявлено.

При выявлении патологии (*эутиреоз, экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени*) - Консультация эндокринолога. Диагноз: _____.

Заключение: проведение программы ЭКО и беременность не противопоказано.

Консультация врача – генетика (по показаниям).

Муж ФИО: _____

возраст _____ брак зарегистрирован _____

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

(срок действия 21 день)

В отношении перенесенного сифилиса обследование по вышеизложенным рекомендациям.

ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПГ 1 и 2 типа	не обнаружена

(срок действия 6 мес.)

Мазок на степень чистоты – дата анализа.

Лейкоциты	
Пл. эпителий	
Гонококки нейс.	
Трихомонады	
Флора	

(срок действия 7-10 дней)

Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ	отр	
ВПГ 1 и 2 типа	отр	

(срок действия 6 месяц)

Спермограмма		Дата анализа	
Параметры	Норма ВОЗ	Параметры	Норма ВОЗ
Воздержание	3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл	≥ 20 млн/мл
Время разжижения	< 60 мин	Кол-во сперматозоид. в эякуляте	≥ 40 млн/мл
Объем эякулята	2-4 мл	Подвижных	$\geq 50\%$
Вязкость	N	Из них: быстрых прогрессивных «а»	$\geq 25\%$
Цвет	серо-молоч.	средних «в»	
РН	7,2-7,8	медленных «с»	
Агглютинация	нет	неподвижных	< 50 %
Лейкоциты	< 1 млн/мл	Средняя прогрессивная скорость сперматозоид. «а»	
		MAR - тест	

Спермоцитограмма	
Сперматозоиды в нормальной морфологией (Норма ВОЗ $\geq 30\%$)	Сперматозоиды с патологической морфологией
	1. головки
Сперматиды	2. шейки
Особенности:	3. хвоста
	4. смешанного типа

Заключение: Нормозооспермия

(срок действия 6 месяцев)

Диагноз: _____

ШИФР по МКБ-10

Лечащий врач

Заведующая женской консультацией

Печать лечебного учреждения

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Регистр бесплодных супружеских пар

(Наименование медицинской организации)

По состоянию на «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Ф.И.О. женщины	Год рождения	Место жительства	Фактор бесплодия КОД МКБ	Длительность бесплодия/ дата взятия на учет