



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

ПРИКАЗ

« » _____ 20 г.

г. Грозный

№ ____

О порядке организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в Чеченской Республике

В целях организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках базовой программы ОМС, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму выписки из амбулаторной карты пациента, направляемого для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. Перечень обследования и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

1.4. Форму отчета мониторинга женщин, у которых наступила беременность после проведения экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

1.5. Форму регистра бесплодных супружеских пар согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. Форму листа ожидания согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

2. Главному врачу ГБУ «Республиканский перинатальный центр», обеспечить:

2.1. Работу по организации направления пациентов на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий и 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, ежемесячно.

3. Руководителям медицинских организаций:

3.1. Обеспечить исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

3.2. Обеспечить организацию оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно настоящему приказу;

3.3. Обеспечить представление ежемесячной информации до 5 числа месяца, следующего за отчетным, согласно приложениям № 4 и 5 в ГКУ «Медицинский информационно-аналитический центр».

4. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» обеспечить размещение представленной информации на официальном сайте Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики А.А. Гадаева.

Министр

Э.А. Сулейманов

**Порядок
организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с
использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Обследование пациентов с бесплодием для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее – программа ЭКО).

2. Лечащий врач определяет наличие показаний, противопоказаний и ограничений для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов руководствуясь Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н.

3. Лечащий врач при направлении пациентов с бесплодием для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов руководствуется настоящим Порядком.

4. Лечащий врач направляет пациента на обследование, при необходимости направляет в стационар для проведения углубленного обследования и лечения. Обследование проводится и женщине, и мужчине согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

5. Лечащим врачом, в случае отсутствия противопоказаний и ограничений для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, готовится выписка из медицинской документации за подписью руководителя медицинской организации согласно приложению № 2 к настоящему приказу. В выписке отражается диагноз заболевания, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, рекомендации о необходимости применения программы ВРТ.

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

7. Лечащий врач готовит комплект документов (далее – Комплект документов):

7.1. выписку из медицинской документации пациента согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

7.2. копии следующих документов:

7.2.1. паспорт гражданина Российской Федерации;

7.2.2. полис обязательного медицинского страхования пациента;

7.2.3. свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента.

8. Комплект документов предварительно представляется в кабинет направления на иногороднее лечение ГБУ «Республиканский перинатальный центр» (далее – Кабинет) посредством электронного взаимодействия на электронный адрес materinstvo-napravlenie@mail.ru, или - лично пациентом (или законным представителем пациента).

9. Прием документов в Кабинете 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.

10. Специалист Кабинета: вносит данные о пациенте 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; направляет Комплект документов на рассмотрение в комиссию медицинской организации, в которой запланировано проведение программы ЭКО. Комиссия принимающей медицинской организации назначает дату приема, при необходимости, дополнительное обследование и лечение, или делает отказ с указанием причины отказа.

11. Ответ комиссии принимающей медицинской организации сообщается пациенту лично или через лечащего врача.

12. При положительном ответе Специалистом Кабинета выдается пациенту направление в медицинскую организацию, для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 5 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н.

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

Наименование медицинской организации: _____

Адрес медицинской организации: _____

Телефон: _____

E-mail: _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Место жительства: _____

Телефон: _____ E-mail: _____

Пациентка направляется для (возможно два варианта):

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: _____

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

Менструальная функция: _____

Семейный анамнез: _____

Контрацепция: _____

Группа крови резус фактор _____

Гинекологические заболевания и перенесенные операции: _____

Год	Операция, показания	Объем операции

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

Год	Беременность	Особенности течения, исход беременности

Гистеросальпингография: _____

(дата обследования, результат)

Общий анализ мочи _____

(дата анализа, результат)

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	RW
	Ig M	IgG,		
ВИЧ				
Сифилис				
Гепатит В				
Гепатит С				
Краснуха				

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!!! ВИЧ-инфицированным: заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом (срок годности 1 месяц).**

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

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		

Коагулограмма (дата анализа) _____

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
Протромбин по Квику		
АЧТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		
Антитромбин III		

Заключение:

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

Биохимический анализ крови (дата анализа) _____

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

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

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
АМГ		
ФСГ		
ЛГ		
Пролактин		
Тестостерон общ.		
эстрадиол		
АТ-ТПО		
ТТГ		
прогестерон – 20-22 й день цикла (дата)		

ПЦР анализ на ИППП (дата анализа) _____

инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma hominis	
Mycoplasma genitalium	
Trichomonas vaginalis	
Neisseria gonorrhoeae	

ПЦР анализ на ИППП (дата анализа) _____

инфекция	результат
Herpes simplex virus 1, 2	
Cytomegalovirus	

Мазок на флору (дата анализа) _____

показатель	результат	норма
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Ключевые клетки		
Кандида		
Микрофлора		

Гинекологический осмотр (дата исследования) - патологии не выявлено.

Мазок на онкоцитологию (дата исследования) – без особенностей.

УЗИ органов малого таза : 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 (дата исследования) _____ Описание: ритм синусовый. Заключение: патологии не выявлено. При выявлении патологии - *Консультация кардиолога.*

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

ФЛГ (дата исследования) Заключение: _____

Консультация терапевта: (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) (дата исследования)_____ Заключение: патологии не выявлено.

При выявлении патологии (*диффузная фиброзно-кистозная мастопатия и т.д.*) *Консультация маммолога. Диагноз: _____.* *Заключение:* проведение программы ЭКО и беременность не противопоказано.

Женщине старше 35 лет проводится маммография (дата исследования) _____ Заключение: _____

УЗИ щитовидной железы (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	RW
ВИЧ			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

В отношении перенесенного сифилиса обследование по вышеизложенным рекомендациям.

ПЦР анализ на ЗППП (дата анализа) _____

Инфекция	результат
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	
<i>Mycoplasma hominis</i>	
<i>Mycoplasma genitalium</i>	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	

Мазок на флору (дата анализа) _____

показатель	результат	норма
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Ключевые клетки		
Кандида		
Микрофлора		

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		≥ 50%
Вязкость		N	Из них: быстрых прогрессивных «а»		≥ 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 ≥ 30 %)			Сперматозоиды с патологической морфологией		
			1. головки		
Сперматиды			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		

Заключение: Нормозооспермия

Диагноз Диагноз (пример): Бесплодие I (II), трубно-перитонеального генеза, связанного с удалением маточных труб, (непроходимостью маточных труб).

В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Пример:

Миома матки небольших размеров.

Состояние после консервативной миомы матки без вскрытия полости матки.

Состояние после резекции яичников, каутеризации яичников.

Состояние после удаления придатков матки справа (слева).

Экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени.

Эутиреоз.

Мужской фактор бесплодия (олиго-астено-тератозооспермия 1 степени).

: _____

ШИФР по МКБ-10

Лечащий врач

Заведующая женской консультацией

Печать лечебного учреждения

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Перечень обследования и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ

№ п/п	Наименование результатов обследования	Срок годности
Женщине		
1	Анализ крови на группу и резус-фактор	Бессрочно
2	Флюорография легких	1 год
3	Цитологическое исследование мазков шейки матки	
4	Регистрация электрокардиограммы (<i>с расшифровкой</i>)	
5	Заключение врача-терапевта о состоянии здоровья и об отсутствии противопоказаний к ЭКО и вынашиванию беременности	
6	УЗИ молочных желез для женщин до 40 лет или маммография - от 40 лет	
7	Мазок методом ПЦР: Herpes simplex 1,2; Cytomegalovirus	6 месяцев
8	Гистеросальпингография (при проведении ВРТ не связанном с бесплодием (привычное невынашивание), мужским фактором, использование донорских ооцитов, проведение ГСГ не показано)	
9	Гогормональное обследование на 2-5 день цикла: АМГ, ФСГ, ЛГ, Е2, пролактин, тестостерон общ., АТ-ТПО, ТТГ; на 21-й день цикла - прогестерон	3 месяца
10	Определение антител М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови	3 месяца
11	Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови	
12	Определение антител к бледной трепонеме в крови	
13	Мазок со слизистых оболочек женских половых органов (ПЦР): Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma spp.	При наличии IgM - 1 месяц; при наличии Ig G- не ограничен
14	Определение в крови IgG и IgM к вирусу краснухи в крови	
15	Клинический анализ крови	1 месяц
16	Анализ крови биохимический общетерапевтический	
17	Коагулограмма (<i>МНО, Протромбин по Квику, АЧТВ, Фибриноген, тромбиновое время, Антитромбин III</i>)	
18	Общий (клинический) анализ мочи	
19	Микроскопическое исследование влагалищных мазков (<i>мазок на флору</i>)	
20	УЗИ матки и придатков трансвагинальное	
Мужчине		
21	Анализ крови на группу и резус-фактор	Бессрочно
22	Спермограмма	6 месяцев
23	Определение антител к бледной трепонеме в крови	3 месяца
24	Определение антител класса М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови	
25	Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в	
26	Мазок (ПЦР) из уретры на: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma spp.	1 месяц
27	Микроскопическое исследование мазка из уретры	

Мониторинг женщин, у которых наступила беременность после проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов

(Наименование медицинской организации)

По состоянию на «__» _____ 20__ г.

Женщин, у которых наступила беременность после проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов

№ п\п	Ф.И.О.	Наименование медицинской организации, в которой проводилось ЭКО	ЭКО проведено по ОМС/иное	Дата проведения		Беременность наступила	Исход беременности
				ЭКО	переноса криоконсервированных эмбрионов		

Регистр женщин с бесплодием

(Наименование медицинской организации)

По состоянию на «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Ф.И.О. женщины	Дата рождения	Место жительства	Фактор бесплодия КОД МКБ	Длительность бесплодия/ дата взятия на учет	Причина не направления на ЭКО

Приложение № 6
к приказу Минздрава ЧР
от « » _____ 20 г. № ____

Лист ожидания

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

*Порядковый номер пациента