ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРИКАЗ**

 16.02.2017 82

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вологда

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

 В целях совершенствования оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (приложение 1);

1.2. Положение о деятельности Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (приложение 2);

1.3. Состав Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (приложение 3);

 1.4. Форму «Направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения» (приложение 4);

 1.5. Форму «Лист обследования пациента» (приложение 5);

 1.6. Форму «Выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (приложение 6);

 1.7. Форму «Лист маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения» (приложение 7);

 1.8. Форму «Заявление о направлении документов, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, в Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения» (приложение 8);

 1.9. Схему направления пациентов на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (приложение 9);

 1.10. Форму «Направление для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» (приложение 10).

 2. Главному врачу БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (Д.В. Ваньков):

 2.1. Разместить на официальном сайте БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» электронные версии листов ожидания пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в выбранные пациентами медицинские организации, с указанием порядкового номера очереди, индивидуального шифра пациента, без указания персональных данных пациента.

 2.2. Определить лиц, ответственных за ведение листов ожидания.

 2.3. Обновлять информацию в листах ожидания не менее 1 раза в неделю.

 2.4. Обеспечить доступ пациентов к информации в листах ожидания.

3. Руководителям медицинских организаций области при выявлении пациентов с диагнозом бесплодие обеспечить:

3.1. Своевременное обследование пациентов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О Порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

3.2. Своевременное направление пациентов на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с Порядком направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (приложение 1 к настоящему приказу).

 4. Признать утратившими силу следующие приказы департамента здравоохранения области:

 - от 22 мая 2013 года № 597 «О направлении пациентов на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий», за исключением пункта 4;

 - от 26 июня 2013 года № 746 «Об утверждении Комиссии по отбору и направлению пациентов, имеющих диагноз бесплодие и нуждающихся в лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»;

 - от 24 января 2014 года № 35 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 22 мая 2013 года № 597 «О направлении пациентов на лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»;

 - от 21 мая 2014 года № 230 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 26 июня 2013 года № 746»;

 - от 11 июля 2014 года № 281 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения области от 22 мая 2013 года № 597».

 5. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника управления организации медицинской помощи и профилактики департамента здравоохранения области С.В. Пчелинцеву и начальника управления организации медицинской помощи по городу Череповцу департамента здравоохранения области С.В. Подъяпольского.

Начальник департамента И.Н. Маклаков

 Утвержден приказом департамента

###  здравоохранения области

###  от №

 (приложение 1)

###

Порядок направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

(далее - Порядок)

 1. Настоящий Порядок регулирует направление пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О Порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – приказ № 107н).

 2. При выявлении у пациента диагноза бесплодие и установления причин бесплодия, для определения относительных и абсолютных противопоказаний к процедуре экстракорпорального оплодотворения в медицинских организациях проводится обследование в соответствии с приказом № 107н.

 3. При выявлении показаний к процедуре экстракорпорального оплодотворения, отсутствии ограничений и противопоказаний врач акушер-гинеколог медицинской организации оформляет для предоставления на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – Комиссия) следующие документы по формам, утверждаемым приказом департамента здравоохранения области:

 - «Направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения»;

 - «Лист обследования пациента»;

 - «Выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

 - «Лист маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения».

 4. Направление пациентов на Комиссию осуществляется врачом акушером-гинекологом через соответствующий кабинет вспомогательных репродуктивных технологий согласно схеме направления пациентов на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, утверждаемой приказом департамента здравоохранения области.

 5. Пациент предоставляет в кабинет вспомогательных репродуктивных технологий документы согласно пункту 3 Порядка и «Заявление о направлении документов, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, в Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения», по форме, утверждаемой приказом департамента здравоохранения области.

 6. Комиссия рассматривает указанные в пункте 5 Порядка документы и при отсутствии ограничений, противопоказаний и соблюдения очередности при направлении на процедуру экстракорпорального оплодотворения, выдает «Направление для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» по форме, утверждаемой приказом департамента здравоохранения области.

 7. При отсутствии беременности после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения пациенты могут повторно включаться в листы ожидания при условии соблюдения очередности.

8. В случае наступления беременности после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

###  Утверждено приказом департамента

###  здравоохранения области

###  от №

 (приложение 2)

Положение о деятельности Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – Положение)

 1. Задачами Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – Комиссия) являются:

1.1. Рассмотрение документов, предоставляемых в соответствии с Порядком направления пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.

 1.2. Принятие решения о направлении пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Заседания Комиссии проводятся не реже 1 раза в месяц, по мере поступления документов.

3. Решение Комиссии считается правомочным, если на заседании присутствовали не менее 1/3 ее состава. Если мнения членов Комиссии разделяются поровну, то голос председателя Комиссии является решающим.

4. Решение Комиссии оформляется протоколом с указанием номера, даты проведения заседания, фамилии, имени, отчества, даты рождения пациента, номера полиса обязательного медицинского страхования, основного диагноза, кода по МКБ, заключения Комиссии (направление на лечение, отказ в направлении, обоснование), наименование выбранной медицинской организации, подписи председателя Комиссии и членов Комиссии.

5. Место хранения протоколов Комиссии - кабинет вспомогательных репродуктивных технологий Перинатального центра БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» и кабинет вспомогательных репродуктивных технологий женской консультации № 2 БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом».

###  Утвержден

###  приказом департамента

###  здравоохранения области

###  от №

 (приложение 3)

Состав Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

С.В. Пчелинцева – начальник управления организации медицинской помощи и профилактики департамента здравоохранения области, председатель Комиссии;

 Л.С. Дубовенко - ведущий консультант управления организации медицинской помощи по городу Череповцу департамента здравоохранения области, заместитель председателя Комиссии;

А.Е. Гаврищук – врач акушер-гинеколог кабинета вспомогательных репродуктивных технологий БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница», секретарь Комиссии.

Члены Комиссии:

Г.М. Буренков – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии департамента здравоохранения области;

М.А. Курапова – главный врач БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»;

А.Г. Лукин – заведующий женской консультацией № 1 БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»;

С.С. Собанина – врач акушер-гинеколог акушерского обсервационного отделения БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»;

Е.А. Сиротин – заместитель директора по медицинским вопросам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области (по согласованию);

Е.А. Гагарова – начальник отдела организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области (по согласованию);

 Г.В. Мяснов - главный врач БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»;

 В.А. Якунин – заведующий гинекологическим отделением БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии управления организации медицинской помощи по городу Череповцу департамента здравоохранения области;

 В.А. Ловцева - заведующая женской консультацией № 2 БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»;

 Н.Н. Конатыгина - заведующая женской консультацией БУЗ ВО «Череповецкая городская поликлиника № 7»;

 В.В. Соболев - заведующий женской консультацией БУЗ ВО «Череповецкая городская больница № 2».

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 4)

 форма

Направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

1. Номер страхового полиса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Адрес прописки/регистрации в Вологодской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

5. Код диагноза по МКБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Обоснование направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

7. Медицинский работник,

направивший пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность фамилия, инициалы подпись

8. Руководитель медицинской

организации/подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

 мп «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 5)

 форма

Лист обследования пациента

|  |
| --- |
|  |
| ФИО женщины |
| ФИО мужчины |
|  |  |  |  |  |
| № пп | Результаты | Дата | Результат (вписать или приложить) | Примечание |
| 1 | Масса тела (кг) |  |  |  |
| 2 | Индекс массы тела |  |  |  |
| 3 | Уровень АМГ в крови |  |  |  |
| 4 | Уровень ФСГ (2-3 день цикла) в крови |  |  |  |
| 5 | Спермограмма (при патоспермии необходимо предоставить не менее двух спермограмм) |  |  | «Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека. Пятое издание, 2010 г.».Исследование включает: спермограмму, тест на строгую морфологию по критериям Крюгера и MAR-тест. |
| 6 | При патоспермии - заключение андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения |  |  |  |
| 7 | Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия |  |  |  |
| 8 | Определение антител к бледной трепонеме в крови женщины |  |  |  |
| 9 | Определение антител к бледной трепонеме в крови мужчины |  |  |  |
| 10 | Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С женщины |  |  |  |
| 11 | Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С мужчины |  |  |  |
| 12 | Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры (женщина) |  |  |  |
| 13 | Микроскопическое исследование: мазок из уретры (мужчина) |  |  |  |
| 14 | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2, цитомегаловирус методом ПЦР (женщина) |  |  |  |
| 15 | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2 методом ПЦР (мужчина) |  |  |  |
| 16 | Определение антител класса М, G к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу, вирусу краснухи в крови (женщина) |  |  |  |
| 17 | Определение антител класса М, G к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу (мужчина) |  |  |  |
| 18 | Общий (клинический) анализ крови |  |  |  |
| 19 | Анализ крови биохимический общетерапевтический |  |  |  |
| 20 | Коагулограмма  |  |  |  |
| 21 | Определение группы крови и резус-фактора |  |  |  |
| 22 | Уровень тиреотропного гормона |  |  |  |
| 23 | Уровень пролактина |  |  |  |
| 24 | Общий анализ мочи |  |  |  |
| 25 | Цитологическое исследование шейки матки |  |  |  |
| 26 | Ультразвуковое исследование органов малого таза |  |  | Указать точное количество фолликулов диаметром до 1 см на 2-3 день цикла в обоих яичниках. |
| 25 | Флюорография легких |  |  | Для женщин, не проходивших это исследование более 12 мес. |
| 26 | Регистрация электрокардиограммы |  |  |  |
| 27 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта |  |  | Заключение о состоянии здоровья, возможности вынашивания беременности и родов приложить |
| 28 | Ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы - консультация онколога |  |  | Женщинам до 35 лет.Заключение приложить. |
| 29 | Маммография. В случае выявления признаков патологии по результатам маммографии - консультация онколога |  |  | Женщинам старше 35 лет.Заключение приложить |
| 30 | Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) |  |  | Женщинам, имеющим в анамнезе (в т.ч. у близких родственников) случаев врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей Заключение приложить |
| 31 | Осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников |  |  | При выявлении эндокринных нарушений.Заключение приложить |

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 6)

 форма

Выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

 Выписка № \_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ФИО |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Включение | Исключение |  |
| Паспортные данные |
| Житель Вологодской области | Да | Нет | Копию паспортам приложить (стр. № 1, стр. № 3) |
| Наличие полиса ОМС | Да | Нет | Копию приложить |
| Возраст на момент направления |  | При возрастном снижении уровня АМГ ниже 1.0 нг/мл |  |
| Анамнез |
| Наличие в анамнезе операций на яичниках | Нет | Да при снижении уровня АМГ ниже 1.0 нг/мл | Выписку из протокола операции приложить |
| Алкоголизм или наркомания | Нет | Да |  |
| Наличие противопоказаний к назначению гонадотропных препаратов | Нет | Да |  |
| Тромбоэмболические осложнения в анамнезе | Нет | Да |  |
| Соматические и психические заболевания, при которых существуют медицинские противопоказания для проведения ЭКО | Нет | Да |  |
| Острые воспалительные заболевания любой локализации | Нет | Да |  |
| Злокачественные новообразования любой локализации | Нет | Да |  |
| Наследственные заболевания, сцепленные с полом у женщин | Нет | Да |  |
| Состояния, при которых показано использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства | Нет | Да |  |
| Гинекологическое обследование |
| Наличие врожденных пороков развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможно вынашивание беременности | Нет | Да | Заключение акушера-гинеколога приложить |
| Опухоли яичников | Нет | Да |  |
| Общее физикальное обследование |
| Вес |  |  | Результат: |
| Рост |  |  | Результат: |
| Индекс массы тела |  |  | Результат |
| Ультразвуковое исследование органов малого таза |
| Патология миометрия при которой невозможно вынашивание беременности | Нет | Да | Приложить ультразвуковое заключение |
| Патология эндометрия | Нет | Да |  |
| Наличие патологических образований в полости матки | Нет | Да |  |
| Визуализация патологии маточных труб (сактосальпингс) | Нет | Да |  |
| Патологические образования в яичниках | Нет | Да |  |
| Количество фолликулов в обоих яичниках на 2-3-й день цикла | более 5 | менее 5 |  |
| Лабораторные исследования |
| Показатели спермограммы | Нормоспермия Патоспермия |  |  |
| Уровень Антимюллерова гормона (АМГ) | 1.0 нг/мл и более | Менее 1.0 нг/мл |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Клинический диагноз |  |
|  |
| (по [МКБ-10](http://docs.cntd.ru/document/902286265)) |  |
|  |
| Сопутствующий диагноз |  |
|  |
| Заключение |  |
|  |
| Дата заполнения |  |  |
|  |
| ФИО лечащего врача |  |  |  |
|  |
| ФИО руководителя учреждения  | (подпись) |  | (расшифровка) |
|  |

 (подпись) (расшифровка)

 Печать учреждения

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 7)

 форма

Лист маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (возраст) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организация, направившая пациента на ЭКО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организация для лечения бесплодия методом ЭКО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № этапа маршрутизации | Наименование мероприятия | Дата прохождения | ФИО врача |
|  | Обследование, согласно [приложению](http://docs.cntd.ru/document/537990544) 5, с целью определения причины бесплодия  |  |  |
|  | Оформление листа обследования пациента, выписки из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, листа маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения, направления на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения  |  |  |
|  | Прием документов на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения  |  |  |
|  | Рассмотрение документов на Комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения  |  |  |
|  | Оформление направления на процедуру экстракорпорального оплодотворения в выбранную пациентом медицинскую организацию |  |  |
|  | Обращение пациента в медицинскую организацию для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (в срок до 2 недель). В случае не обращения пациента в выбранную им медицинскую организацию - направление аннулируется и необходимо обратиться в Комиссию для получения нового направления) |  |  |

 Лист маршрутизации хранится у пациента и передается для внесения в амбулаторную карту при проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения.

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 8)

 форма

Заявление

о направлении документов, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну,

в Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

 На основании части 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

 На основании вышеизложенного и руководствуясь частью 3 статьи 13 Федерального закона от 22 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. пациента)

заявляет о своем согласии на направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения следующих документов, содержащих сведения, составляющих врачебную тайну:

 - «Направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения»;

 - «Лист обследования пациента»;

 - «Выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

 - «Лист маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения».

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 9)

Схема направления пациентов на Комиссию по отбору пациентов

для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинская организация, направляющая пациентов | Комиссия по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения  |
| БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3»БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 5»БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 2»БУЗ ВО «Бабушкинская центральная районная больница»БУЗ ВО «Вашкинская центральная районная больница»БУЗ ВО «Великоустюгская центральная районная больница»БУЗ ВО « Верховажская центральная районная больница»БУЗ ВО «Вожегодская центральная районная больница»БУЗ ВО «Вологодская центральная районная больница»БУЗ ВО «Вытегорская центральная районная больница»БУЗ ВО « Грязовецкая центральная районная больница»;БУЗ ВО «Кирилловская центральная районная больница»БУЗ ВО «Кич-Городецкая центральная районная больница им. В.И. Коржавина»БУЗ ВО «Междуреченская центральная районная больница»БУЗ ВО «Никольская центральная районная больница»БУЗ ВО «Нюксенская центральная районная больница»БУЗ ВО «Сокольская центральная районная больница»БУЗ ВО «Сямженская центральная районная больница»БУЗ ВО «Тарногская центральная районная больница»БУЗ ВО «Тотемская центральная районная больница»БУЗ ВО «Усть-Кубенская центральная районная больница»БУЗ ВО «Харовская центральная районная больница» | Кабинет вспомогательных репродуктивных технологий БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» |
| БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь»;БУЗ ВО «Череповецкая городская больница № 2»БУЗ ВО «Череповецкая городская поликлиника № 7»БУЗ ВО «Бабаевская центральная районная больницаБУЗ ВО «Белозерская центральная районная больница» БУЗ ВО «Кадуйская центральная районная больница»БУЗ ВО «Устюженская центральная районная больница»БУЗ ВО «Чагодощенская центральная районная больница»БУЗ ВО «Череповецкая центральная районная поликлиника»БУЗ ВО «Шекснинская центральная районная больница» | Кабинет вспомогательных репродуктивных технологий женской консультация № 2 БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом» |

 Утверждена

 приказом департамента

 здравоохранения области

 от №

 (приложение 10)

 форма

Направление для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)