



ПРИКАЗ

2005/2021

г. Казань

БОЕРЫК

№ 951

О проведении процедуры
экстракорпорального оплодотворения
за счет средств обязательного
медицинского страхования в
Республике Татарстан

В целях совершенствования проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан, во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

Алгоритм маршрутизации пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан согласно Приложению № 1 к настоящему приказу;

Алгоритм проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан, согласно Приложению № 2 к настоящему приказу;

Положение о Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно Приложению № 3 к настоящему приказу;

Примерные формы:

Выписка из амбулаторной карты пациента (для постановки в «Лист ожидания») согласно Приложению № 4 к настоящему приказу;

Протокол заседания Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно Приложению № 5 к настоящему приказу;

Заявление пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан согласно Приложению № 6 к настоящему приказу;

Согласие на обработку персональных данных согласно Приложению № 7 к настоящему приказу;

Извещение о явке/неявке пациента, направленного в медицинскую организацию для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан согласно Приложению № 8 к настоящему приказу;

«Лист ожидания» согласно Приложению № 9 к настоящему приказу;

Сведения об эффективности проведения процедур экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан согласно Приложению № 10 к настоящему приказу;

Сведения о пациентах с осложнениями процедуры экстракорпорального оплодотворения, получивших стационарное лечение за отчетный период согласно Приложению № 11 к настоящему приказу;

Выписка из индивидуальной карты пациента (после проведенной процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов) с приложением карты стимуляции и карты культивирования эмбрионов согласно Приложению № 12 к настоящему приказу;

Сведения о проведенных процедурах экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан согласно Приложению № 13 к настоящему приказу;

Сводный отчет по результатам проведенных процедур экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан, согласно Приложению № 14 к настоящему приказу;

Информация о числе женщин, вставших на учет для наблюдения в период беременности и родивших, в результате проведенной процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан, согласно Приложению № 15 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), из числа включенных в «Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе

обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (далее – Реестр медицинских организаций), руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), из числа включенных в Реестр медицинских организаций обеспечить оформление и ведение медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н), в соответствии с Приложениями №№ 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 к настоящему приказу.

3. Руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), из числа включенных в Реестр медицинских организаций:

3.1. Обеспечить обследование пациентов, граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Республики Татарстан, для выявления бесплодия (рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия не более 6 месяцев) и нуждающихся в проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), в том числе переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее – Территориальная программа ОМС) согласно приказу МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н, а также в соответствии с настоящим приказом. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом;

3.2. Обеспечить оформление и представление документов на рассмотрение Республиканской комиссией по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Республиканская комиссия) при выявлении пациенток с бесплодием (рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев), которым показано лечение методом ЭКО, в соответствии с Приложениями №№ 4, 6, 7 к настоящему приказу;

3.3. Назначить лиц, ответственных за взаимодействие с Республиканской комиссией (далее - Ответственное лицо);

3.4. Организовать наблюдение женщины по месту медицинского обслуживания при наступлении беременности в результате процедуры ЭКО (при необходимости - консультация специалистов медицинской организации, в которой проведена процедура ЭКО);

3.5. Обеспечить представление информации о числе женщин, вставших на учет для наблюдения в период беременности и родивших, в результате проведенной процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, согласно Приложению № 15 к настоящему приказу в Республиканскую комиссию ежемесячно, в срок до 2-го числа месяца, следующего за отчетным периодом на электронный адрес: Comvrt.Rt@tatar.ru.

4. Руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), из числа включенных в Реестр медицинских организаций:

4.1. Обеспечить обследование пациентов, граждан Российской Федерации, зарегистрированных на территории Республики Татарстан, для выявления бесплодия (рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия не более 6 месяцев) и нуждающихся в проведении процедуры ЭКО, в том числе переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС согласно приказу МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н, а также в соответствии с настоящим приказом. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом;

4.2. Обеспечить оформление и представление документов на рассмотрение Республиканской комиссии при выявлении пациенток с бесплодием (рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев), которым показано лечение методом ЭКО, в соответствии с Приложениями №№ 4, 6, 7 к настоящему приказу;

4.3. Назначить Ответственное лицо;

4.4. Обеспечить ведение реестра пациенток, выбравших организацию для проведения процедуры ЭКО, в том числе переноса криоконсервированных эмбрионов за счет Территориальной программы ОМС (далее – «Лист ожидания»);

4.5. Обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы ОМС согласно приказам МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н, от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» (далее - приказ МЗ РФ от 30.10.2012 № 556н);

4.6. Организовать госпитализацию пациенток с осложнениями после проведения процедуры ЭКО;

4.7. Обеспечить представление отчета об осложнениях после проведения процедуры ЭКО в Республиканскую комиссию ежеквартально, в срок до 2-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, согласно Приложению № 11 к настоящему приказу;

4.8. Обеспечить представление отчетов в соответствии с Приложениями №№ 10,13 к настоящему приказу в Республиканскую комиссию, ежемесячно до 27-го числа месяца, следующего за отчетным периодом;

4.9. Обеспечить представление сведений о проведенных процедурах ЭКО и переносов криоконсервированных эмбрионов в соответствии с Приложением № 13 к настоящему приказу в Республиканскую комиссию, ежемесячно до 17.00 последнего числа отчетного месяца;

4.10. Обеспечить представление сводного отчета по результатам проведения процедур ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС в соответствии с Приложением № 14 к настоящему приказу в Республиканскую комиссию, ежемесячно до 5-го числа месяца, следующего за отчетным периодом;

4.11. Обеспечить направление отчетов в Республиканскую комиссию на адрес электронной почты: Comvrt.Rt@tatar.ru.

5. Главным врачам медицинских организаций службы родовспоможения обеспечить предоставление информации о числе женщин, вставших на учет для наблюдения в период беременности и родивших, в результате проведенной процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии с Приложением № 15 к настоящему приказу в Республиканскую комиссию ежемесячно, в срок до 2-го числа месяца, следующего за отчетным, на адрес электронной почты: Comvrt.Rt@tatar.ru.

6. Председателю Республиканской комиссии обеспечить:

6.1. Работу Республиканской комиссии в соответствии с Положением о Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно Приложению № 3 к настоящему приказу;

6.2. Представление отчета-реестра пациентов, которым проведена процедура ЭКО, в том числе переноса криоконсервированных эмбрионов за счет Территориальной программы ОМС; информации о постановке на учет по беременности, исходах беременности и родов, наступивших в результате проведенных процедур ЭКО, в том числе переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, согласно Приложениям №№ 10, 13, 14, 15 к настоящему приказу в отдел организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Управления лечебной и профилактической помощью Министерства здравоохранения Республики Татарстан ежемесячно, в срок до 5-го числа месяца, следующего за отчетным периодом;

6.3. Обеспечить персонифицированный учет жителей Республики Татарстан, которым показана процедура ЭКО, ведение регистра «Лист ожидания».

7. Начальнику отдела информационных и инновационных технологий Министерства здравоохранения Республики Татарстан М.С.Нурмиеву, директору государственного автономного учреждения Республики Татарстан «Диспетчерский центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан» Р.И.Туишеву обеспечить доступность ознакомления гражданином статуса «Листа ожидания» для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС.

8. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Республики Татарстан Ф.М.Сабировой обеспечить:

8.1. Оказание организационно-методической помощи по профилю «акушерство и гинекология» в части выявления причин бесплодия и своевременного оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий;

8.2. Предоставление ежегодно в период сдачи годовой статистической отчетности в Министерство здравоохранения Республики Татарстан аналитической справки о репродуктивном здоровье населения, мероприятий по профилактике бесплодия и повышения рождаемости.

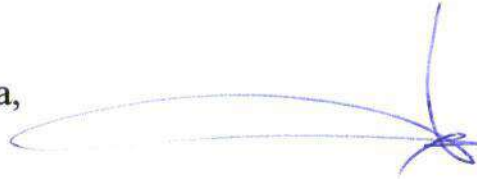
9. Предложить директору государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

А.М.Мифтаховой ежемесячно, в срок до 8-го числа месяца следующего за отчетным, представлять информацию об оплаченных случаях ЭКО в разрезе медицинских организаций в Управление экономического анализа и прогнозирования Министерства здравоохранения Республики Татарстан в установленном порядке.

10. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 12.12.2019 № 2464 «О проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан».

11. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности министра,
первый заместитель министра



А.Р.Абашев

Алгоритм маршрутизации пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

1. Настоящий Алгоритм регламентирует вопросы маршрутизации пациентов на процедуру экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС).

2. Проведению процедур ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС подлежат пациенты, имеющие право на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Татарстан.

Очередность проведения лечения методом ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС определяется «Листом ожидания» медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в рамках установленного задания (далее – «Лист ожидания»).

3. Перечень показаний, противопоказаний, объем обследования и подготовка пациентов к проведению процедуры ЭКО установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н).

4. Ограничениями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);

состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;

состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства; острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

Признаки, указанные в настоящем пункте не распространяются на пациентов, поставленных на «Лист ожидания» до 01 января 2021 года.

5. В случае наличия ограничений для проведения программы ЭКО и (или) криоконсервированных эмбрионов применение программы ЭКО и (или) криоконсервированных эмбрионов происходит после устранения выявленных ограничений.

6. Обследование пациентов с целью установления диагноза бесплодия осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на

осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), а также в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий). Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев.

7. С целью уточнения причин бесплодия и определения тактики лечения, пациенты направляются в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), из числа включенных в «Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (далее – Реестр медицинских организаций) в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н.

8. При отсутствии противопоказаний и ограничений для проведения ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС лечащий врач медицинской организации, из числа включенных в Реестр медицинских организаций, в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н дает направление для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС (далее – Направление), согласно Приложению № 17 к приказу Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 20.05.2021 № 957 «О проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан» (далее – Приказ) для рассмотрения Республиканской комиссией по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Республиканская комиссия), и предоставляет пациенту перечень медицинских организаций осуществляющих проведение процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов для осуществления выбора.

9. Лечащий врач формирует в 2-х экземплярах перечень документов, для направления в Республиканскую комиссию.

10. Перечень документов, для направления в Республиканскую комиссию, включает:

выписку из амбулаторной карты пациента с результатами лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих диагноз, за подписью руководителя медицинской организации, заверенную печатью организации в соответствии с Приложением № 4 к Приказу;

заявление пациента для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, с указанием наименования медицинской организации, в которой пациент желает получить процедуру ЭКО в соответствии с Приложением № 6 к Приказу;

копии документов пациента: паспорт, полис обязательного медицинского страхования; номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

согласие на обработку персональных данных, в соответствии с Приложением № 7 к Приказу.

11. Направление и перечень документов предоставляются в Республиканскую комиссию в одном экземпляре (документы направляются по почте заказным письмом с уведомлением или доставляются курьером).

12. Секретарь Республиканской комиссии регистрирует документы, присваивает номер и представляет Направление и перечень документов пациентов в Республиканскую комиссию.

13. Республиканская комиссия ведет реестр пациентов, нуждающихся в проведение процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии с Положением о Республиканской комиссии (Приложение № 3 к Приказу), принимает решение о постановке пациента в «Лист ожидания» для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС либо об отказе. По итогам заседания Республиканской комиссии оформляется Протокол (Приложение № 5 к Приказу).

14. После заседания Республиканской комиссии секретарь в течение 10 рабочих дней направляет Ответственному лицу медицинской организации, направившей документы пациента, Протокол заседания Республиканской комиссии (Приложение № 5 к Приказу) и «Лист ожидания» (Приложение № 9 к Приказу).

15. Ответственное лицо медицинской организации в течение 10 рабочих дней передает «Лист ожидания» (Приложение № 9 к Приказу) лечащему врачу, выдавшему Направление и пациенту лично, и указывает на необходимость обратиться в выбранную им медицинскую организацию для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в срок, указанный в «Листе ожидания».

16. Медицинская организация, включенная в перечень организаций для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, на основании протоколов заседаний Республиканской комиссии формирует реестр пациентов, выбравших данную медицинскую организацию.

17. В случае желания пациентки заменить выбранную ранее медицинскую организацию, она обращается к секретарю Республиканской комиссии, оформляет повторно заявление (Приложение № 6 к Приказу). В течение 30 дней после получения нового «Листа ожидания» пациентка обращается в выбранную медицинскую организацию.

18. В случае принятия Республиканской комиссией решения о необходимости дообследования пациентки, перечень документов, указанных в пункте 10 настоящего приложения, в 1 экземпляре секретарь Республиканской комиссии возвращает Ответственному лицу медицинской организации, направившей их в Республиканскую комиссию, для доработки и повторного направления на рассмотрение Республиканской комиссии.

Алгоритм проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан в медицинских организациях, участвующих в реализации в Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

1. В период с 8 января до 31 марта текущего года лицо медицинской организации, ответственное за взаимодействие с Республиканской комиссией по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - Ответственное лицо) в соответствии с реестром пациентов, выбравших данную организацию, уведомляет пациентов по телефону о возможности проведения лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее – Территориальная программа ОМС) в соответствии с «Листом ожидания».

2. Пациент в течение 30 дней после его уведомления обращается в выбранную им медицинскую организацию. Неявка пациента без уважительной причины в указанные сроки (30 дней) является основанием для аннулирования «Листа ожидания».

3. Ответственное лицо медицинской организации 14 и 28 числа каждого месяца направляет секретарю Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - Республиканская комиссия) актуальные списки пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением ВРТ в рамках Территориальной программы ОМС, сформированные на основании «Листа ожидания» и в объеме выделенного финансирования на текущий год.

4. В случае, когда пациентка после уведомления не явилась в медицинскую организацию в установленные сроки, а также в случае, когда пациентка не нуждается в лечении, Ответственное лицо медицинской организации подает информацию в соответствии с Приложением № 8 к приказу Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 20.05.2021 № 951 «О проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан» (далее – Приказ) в Республиканскую комиссию.

5. Решение об исключении из «Листа ожидания» оформляется Протоколом Республиканской комиссии (Приложение № 5 к Приказу), который передается в медицинскую организацию.

6. При подтверждении явки пациента медицинской организацией Республиканская комиссия рассматривает документы пациента и принимает решение о направлении на проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов

в рамках Территориальной программы ОМС. Направление Республиканской комиссии оформляется в соответствии с Приложением № 17 к Приказу.

7. Секретарь Республиканской комиссии 2 раза в месяц (14 и 28-го числа) передает Ответственному лицу медицинской организации следующие документы:

Протокол заседания Республиканской комиссии о направлении пациента в выбранную им медицинскую организацию для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 5 к Приказу);

Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 17 к Приказу).

8. Лечащий врач при обращении пациентки в выбранную ею медицинскую организацию составляет план лечения.

9. В случае неявки пациенток на лечение после составления плана в течение 2-х месяцев, Ответственное лицо медицинской организации ежемесячно до 5-го числа направляет секретарю Республиканской комиссии Извещение о неявке пациента, направленного в медицинскую организацию для проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, согласно Приложению № 8 к Приказу.

10. По окончании лечения лечащий врач выдает пациентке выписку из индивидуальной карты пациента (после проведения процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов), согласно Приложению № 12 к Приказу.

11. При выявлении противопоказаний на этапе подготовки к процедуре ЭКО, лечащий врач медицинской организации, в которой планируется проведение процедуры ЭКО, в течение 10 рабочих дней направляет в Республиканскую комиссию медицинские документы пациентки на повторное рассмотрение с целью определения целесообразности проведения процедуры ЭКО.

12. Оказание медицинской помощи пациентам при проведении процедуры ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – приказ МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н), от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» (далее – Приказ МЗ РФ от 30.10.2012 № 556н), клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 5 марта 2019 года №15-4/И/2-1913 «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», от 5 марта 2019 года №15-4/И/2-1908 «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация».

В рамках Территориальной программы ОМС осуществляются базовая программа ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов.

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ предусмотрены Приложением № 16 к Приказу.

13. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться в «Лист ожидания» в порядке общей очередности.

14. При проведении программы с использованием криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС замораживаются 2 стразы.

15. В случае, если количество страз для криоконсервации эмбрионов хорошего качества превышает 2 (две), то оставшиеся эмбрионы могут быть криоконсервированы по информированному согласию за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

16. По желанию пациентки часть ооцитов, полученных при проведении процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, может быть криоконсервирована за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

17. В случае проведения полного цикла ЭКО или переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС при отрицательном результате и наличии криоконсервированных эмбрионов пациентка повторно может встать на «Лист ожидания» для проведения переноса криоконсервированных эмбрионов в медицинской организации, проводившей программу ЭКО.

18. В случае наступления беременности после проведенной процедуры ЭКО, завершившейся рождением живого ребенка, при наличии оставшихся криоконсервированных эмбрионов, пациентка может повторно встать на «Лист ожидания» для проведения переноса криоконсервированных эмбрионов в медицинской организации, проводившей программу ЭКО.

19. В случае прерывания беременности на любом сроке при наличии оставшихся криоконсервированных эмбрионов, пациентка может повторно встать на «Лист ожидания» для проведения переноса криоконсервированных эмбрионов в медицинской организации, проводившей программу ЭКО.

20. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС при условии соблюдения очередности.

21. Пациенты, которым планируется криоконсервация эмбрионов, оплачивают хранение эмбрионов в соответствии с прайс-листом медицинской организации.

22. Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении неиспользованных при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ половых клеток и эмбрионов принимают лица, которым принадлежат половые клетки и/или эмбрионы, путем заключения гражданско-правовых договоров.

22.1. В случае если половые клетки и эмбрионы не будут использованы в течение срока хранения, указанного в договоре, пациенты должны принять решение о продлении хранения либо решение об утилизации.

22.2. Принятое решение (пункт 22.1), реализуется путем заключения нового гражданско-правового договора или дополнительного соглашения к договору оказания платных медицинских услуг.

23. При выполнении процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, в случае, возникновения показаний, использование донорских ооцитов,

донорской спермы, донорских эмбрионов, преимплантационного генетического тестирования (далее – ПГТ) производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

24. В случае риска развития синдрома гиперстимуляции яичников программа ЭКО останавливается с проведением 1, 2 и 3 этапов (стимуляция овуляции, пункция ооцитов и оплодотворение) и криоконсервацией всех эмбрионов.

Перенос размороженного эмбриона может быть выполнен в течение срока, не превышающего 90 дней, в рамках одной клинико-статистической группы (далее – КСГ).

25. В случае, когда у пациентки имеются медицинские показания для проведения ПГТ эмбриона, программа ЭКО останавливается с проведением 1, 2 и 3 этапов (стимуляция овуляции, пункция ооцитов и оплодотворение) и криоконсервацией всех эмбрионов.

При наличии здоровых эмбрионов по результату ПГТ перенос размороженных эмбрионов проводится в течение срока, не превышающего 90 дней, в рамках одной КСГ.

В случае отсутствия здоровых эмбрионов по результату ПГТ, программа закрывается с проведением 1, 2 и 3 этапов (стимуляция овуляции, пункция ооцитов и оплодотворение) и криоконсервацией в течение срока, не превышающего 30 дней, в рамках одной КСГ.

26. В случае, когда после проведения 2-х этапов программы (стимуляция овуляции и пункция фолликулов) у пациентки не получены ооциты, возможно использование витрифицированных (замороженных донорских ооцитов) и завершение лечения (3 этап - оплодотворение ооцитов, 4 этап - перенос эмбрионов) за счет средств Территориальной программы ОМС. При этом использование витрифицированных ооцитов осуществляется за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

27. На пациентов, которым проведена процедура ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, оформляется вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма №025/у), или карту стационарного больного, или в карту больного дневного стационара, при использовании ВРТ и искусственной инсеминации по форме, утвержденной Приложением № 3 к приказу МЗ РФ от 31.07.2020 № 803н.

28. После завершения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, пациентка наблюдается в медицинской организации, проводившей процедуру ЭКО, до 21-го дня включительно после переноса эмбриона до контрольного ультразвукового исследования органов малого таза с визуализацией плодного яйца в полости матки.

29. Медицинская организация, выполнившая процедуру ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС, направляет справку о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС в медицинскую организацию, выдавшей направление на процедуру ЭКО, согласно Приложению № 18 к Приказу, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания процедуры ЭКО.

30. Ответственное лицо медицинской организации, ежемесячно до 27-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает в Республиканскую комиссию сведения о проведенных процедурах экстракорпорального оплодотворения в рамках Территориальной программы ОМС и сведения о пациентах, пролеченных методом ЭКО, согласно Приложениям №№ 13, 15 к Приказу.

31. Критериями эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

Положение
о Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении
бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

1. Общие положения

1.1. Республиканская комиссия по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Республиканская комиссия) является коллегиальным органом, созданным с целью маршрутизации пациентов – жителей Республики Татарстан, имеющих право на проведение в медицинских организациях процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – процедура ЭКО) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС).

1.2. Состав Республиканской комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Председателем Республиканской комиссии назначается главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

2. Полномочия Республиканской комиссии

2.1. Координация деятельности и взаимодействие с медицинскими организациями Республики Татарстан по вопросам направления пациентов, нуждающихся в проведении процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

2.2. Направление пациентов для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

2.3. Ведение реестра пациентов («Лист ожидания»), нуждающихся в проведении процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

2.4. Ведение мониторинга проведения процедуры ЭКО и оказания медицинской помощи пациентам после проведенного лечения методом ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, согласно Приложениям №№ 10, 11, 13, 14, 15 к приказу Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 20.05.2021 № 951 «О проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования в Республике Татарстан» (далее – Приказ).

2.5. Подготовка предложений по вопросам улучшения организации оказания медицинской помощи при проведении процедуры ЭКО в медицинских организациях Республики Татарстан.

3. Функции Республиканской комиссии

Республиканская комиссия:

3.1. Рассматривает на заседаниях Республиканской комиссии документы пациентов, направленных из медицинских организаций по вопросу проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

3.2. Принимает решение о наличии (отсутствии) показаний для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

3.3. Принимает решение о постановке пациента в «Лист ожидания».

3.4. Принимает решение об отказе в постановке пациента в «Лист ожидания».

3.5. Принимает решение об аннулировании постановки на «Лист ожидания» в результате неявки пациента без уважительной причины в указанные сроки (30 дней от планируемой даты приема).

3.6. Привлекает к работе профильных главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Татарстан при организации работы по проведению процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, а также специалистов медицинских организаций, в которых по желанию пациентов планируется проведение процедуры ЭКО.

3.7. Направляет пациентов в медицинские организации Республики Татарстан для проведения дополнительного обследования с целью решения вопроса о наличии показаний для проведения процедуры в рамках Территориальной программы ОМС.

3.8. Дает рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия показаний для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

3.9. Рассматривает спорные вопросы по проведению процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, в случае необходимости, организывает консилиумы.

4. Организация работы Республиканской комиссии

4.1. Заседания Республиканской комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал.

4.2. В заседании Республиканской комиссии участвуют не менее 2/3 из состава Республиканской комиссии.

4.3. Основанием для рассмотрения Республиканской комиссией вопроса о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Программы ОМС являются следующие документы:

1) копии документов пациента:

- паспорт;

- полис обязательного медицинского страхования пациента;

- номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования;

2) выписка из медицинской документации пациента с результатами лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих диагноз, за подписью руководителя медицинской организации, заверенная печатью организации;

3) заявление пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС;

4) согласие на обработку персональных данных.

4.4. Комиссия принимает одно из следующих решений:

- 1) поставить на «Лист ожидания»;
- 2) направить пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС;
- 3) отказать в направлении на проведение процедуры ЭКО, с указанием причины отказа:
 - отсутствие показаний;
 - наличие противопоказаний;
 - наличие ограничений в проведение процедуры ЭКО;
 - необходимость проведения дообследования (указывается объем обследования);
- 4) аннулировать постановку на «Лист ожидания» в результате неявки пациента без уважительной причины в указанные сроки (30 дней от планируемой даты приема).

4.5. При отсутствии в медицинской документации пациента результатов лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других исследований, необходимых для принятия решения о наличии показаний к проведению процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, Республиканская комиссия рекомендует направление пациента на проведение обследования в рамках Территориальной программы ОМС в условиях медицинской организации по месту медицинского обслуживания.

4.6. Решение Республиканской комиссии оформляется протоколом в 3-х экземплярах, протокол подписывается членами Республиканской комиссии.

4.7. Протокол заседания Республиканской комиссии в течение 10-ти дней направляется в медицинскую организацию, направившую пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС (лицу, ответственному за взаимодействие с Республиканской комиссией (далее - Ответственное лицо), лечащему врачу), выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу) для предоставления в медицинскую организацию, в которой по выбору пациента будет проведена процедура ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС. Один экземпляр протокола остается у секретаря Республиканской комиссии.

4.8. В случае принятия решения о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС пациенту выдается направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 17 к Приказу).

4.9. Медицинская организация, в которой проводится процедура ЭКО, после включения пациента в цикл ЭКО, направляет в Республиканскую комиссию извещение о явке/неявке пациента, направленного в медицинскую организацию для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС (далее – Извещение), согласно Приложению № 8 к Приказу.

4.10. Секретарь Республиканской комиссии ведет учет выданных Направлений, полученных Извещений.

4.11. В случае отказа в проведении процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС лечащим врачом или Ответственным лицом

медицинской организации, направившей на проведение ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС, пациенту возвращаются предоставленные документы с разъяснением причин отказа.

4.12. По желанию пациента причины отказа в проведение процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС могут быть разъяснены пациенту Республиканской комиссией.

Примерная форма

Выписка из амбулаторной карты пациента
(для постановки в «Лист ожидания»)

Выписка из амбулаторной карты № _____
Медицинская организация _____
Адрес учреждения: _____
Телефон: _____ E-mail: _____
Дата рождения _____
Паспорт Серия _____ № _____
Полис ОМС № _____
Адрес места жительства _____
Телефон _____
Диагноз: МКБ- 10 _____ **(шифр)**
Основной _____
Сопутствующий _____
Данные анамнеза: _____

Аллергологический анамнез: _____
Гемотрансфузии: _____
Наследственный анамнез: _____
Сифилис, туберкулез, гепатиты _____
Половая функция: _____

Репродуктивная функция: А-, Р-, В-

Год	Беременность	Исход

Гинекологические заболевания и перенесенные операции (гистероскопия, лапароскопия, выскабливание полости матки, гистологические результаты).

Год	Объем операций, методы лечения	Диагноз (гистология)

Данные о проведенном лечении методом ЭКО.

Год	Место проведения	Метод (ЭКО, ИКСИ, ИИ, ETFR)	Протокол (короткий, длинный, натуральный)	Получено ооцитов	Перенесено эмбрионов	Результат

Данные обследования пациентки и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с приложением №16 к настоящему приказу

Дополнительно (по показаниям)

№ п/п	Результаты	Дата	Результат (вписать или приложить)	Срок годности исследования	Примечание
1	Уровень ЛГ, Пролактина, ТТГ, АТ к ТПО, Е2, тестостерон (общий) (2-3 день цикла) в крови			1 год	
2	Уровень тестостерона свободный, 17-ОН Прогестерон, ДГЭАС			1 год	
3	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (на 7-8 день цикла)			1 год	Указать точное количество фолликулов диаметром до 1 см в обоих яичниках
4	Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии, гистеросальпингография или контрастная эхогистеросальпингоскопия)			1 год	
4	УЗИ щитовидной железы			1 год	
5	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Фемофлор –скрин 13), Ureaplasma spp., CMV, HPV I, II			3 месяца	
6	Консультация инфекциониста при положительном анализе на гепатиты В и С			3 месяца	Заключение о возможности проведения лечения методом ЭКО и хранения биологического материала
7	Консультация дерматолога при положительном анализе на антитела к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови			3 месяца	Заключение о возможности проведения лечения методом ЭКО и хранения биологического материала
8	Консультация врача-эндокринолога (по показаниям)			1 год	
9	Консультация инфекциониста для ВИЧ-инфицированных			3 месяца	Заключение специалиста ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями МЗ РТ» о возможности проведения

№ п/п	Результаты	Дата	Результат (вписать или приложить)	Срок годности исследования	Примечание
					лечения методом ЭКО и хранения биологического материала

Ф.И.О.(при наличии) лечащего врача _____ подпись _____

Ф.И.О.(при наличии) руководителя медицинской организации _____ подпись _____

Печать медицинской организации (при наличии)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Приложение № 5
к приказу Минздрава РТ
от 20.05 2021 № 951

Примерная форма

Протокол заседания Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи
при лечении бесплодия с применением вспомогательных
репродуктивных технологий
от _____ 20__ г. № _____

Республиканской комиссией по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий рассмотрены медицинские документы пациента:

ФИО (при наличии) _____

Дата рождения _____

Место жительства _____

Диагноз заболевания (состояния) _____

Заключение (нужное подчеркнуть):

- 1) поставить на «Лист ожидания»;
- 2) направить пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС;
- 3) отказать в направлении на проведение процедуры ЭКО:
 - отсутствие показаний;
 - наличие противопоказаний;
 - наличие ограничений в проведение процедуры ЭКО;необходимость проведения дообследования (указывается объем обследования) _____;

- 4) аннулировать постановку на «Лист ожидания» в результате неявки пациента без уважительной причины в указанные сроки (30 дней от планируемой даты приема)

Диагноз _____

Код диагноза по МКБ-10 _____

Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент по его желанию _____

Рекомендации: _____

Председатель: _____

Секретарь: _____

Члены комиссии: _____

Приложение № 6
к приказу Минздрава РТ
от 20.05 2021 № 951

Примерная форма

Заявление пациента для проведения процедуры экстракорпорального
оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках
Территориальной программы обязательного медицинского страхования
Республики Татарстан

Председателю Республиканской комиссии по оказанию
медицинской помощи при лечении бесплодия с применением
вспомогательных репродуктивных технологий
ФИО (при наличии) гражданина

Место жительства _____

Документ, удостоверяющий личность: _____
(серия, номер)

Почтовый адрес для ответа _____

Контактный телефон _____

Электронный адрес (при наличии) _____

ФИО (при наличии) законного представителя (доверенного
лица)* _____

Документ, удостоверяющий личность законного представителя
(доверенного лица):* _____
(серия, номер)

Почтовый адрес для ответа * _____

Контактный телефон* _____

Прошу рассмотреть вопрос о направлении меня на проведение процедуры
экстракорпорального оплодотворения _____ в

_____ (наименование медицинской организации)

ФИО (при наличии) и подпись _____

Дата « ___ » _____ 20__ г.

С перечнем медицинских организаций, осуществляющих проведения процедуры
экстракорпорального оплодотворения в рамках Территориальной программы
обязательного медицинского страхования Республики Татарстан
ознакомлен(а) _____ (подпись, дата)

* пункты заполняются в случае обращения законного представителя (доверенного лица) пациента

Примерная форма

Согласие на обработку персональных данных

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

даю согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи по проведению процедуры экстракорпорального оплодотворения.

1. Дата рождения _____ 2. Пол _____
(число, месяц, год) (женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации _____
(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования, наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС _____

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

8. Сведения о законном представителе (доверенном лице)*
- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения _____

- почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон _____

- документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

- документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание * пункт 8 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель (доверенное лицо) гражданина Российской Федерации.

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

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

ФИО (при наличии) и подпись гражданина (гражданки) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 8
к приказу Минздрава РТ
от 20.05 2021 № 9.51

Примерная форма

Извещение о явке/неявке пациента, направленного в медицинскую организацию для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

(наименование медицинской организации)

Шифр пациента _____

Дата заседания Республиканской комиссии по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий
« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель
медицинской организации _____
МП (ФИО (при наличии), подпись)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Примерная форма

Лист ожидания

№ _____
(шифр пациента)

1	Ф.И.О.(при наличии) пациентки	
2	Адрес регистрации по месту жительства	
3	Дата рождения	
4	Диагноз по МКБ- 10	
5	Дата Протокола решения Комиссии МЗ РТ	
6	Наименование медицинской организации, выбранной пациенткой	
7	Планируемая дата приема (не является датой вступления в программу)	
8	Наличие криоэмбрионов	Да/Нет (нужное оставить)

В случае желания пациентки заменить выбранную ранее клинику, она лично обращается к секретарю Республиканской комиссии, оформляет Заявление и в течение 30 дней после получения нового «Листа ожидания» обращается в выбранную медицинскую организацию.

Дата приема, указанная в «Листе ожидания», определяет прием на котором решается вопрос о сроках проведения программы ЭКО в рамках Территориальной программы ОМС.

Неявка пациента без уважительной причины в указанные сроки (30 дней от планируемой даты приема) является основанием для аннулирования постановки на «Лист ожидания».

Приложение № 10
к приказу Минздрава РТ
от 22.05 2021 № 951

Примерная форма

Сведения об эффективности проведения процедур экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса
криоконсервированных эмбрионов в рамках
Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

(наименование медицинской организации)

за _____ 20__ г.
месяц

Закончено случаев всего	из них закончены на:							Количество пациентов, у которых наступила клиническая беременность			% женщин, у которых наступила клиническая беременность			
	1 этап	1+2 этапы	1+2+3 этапы	1+2+3+крио (отложенный перенос)	1+2+3+4 этапы	1+2+3+4+крио	криоперенос	Всего	Полные циклы	Криопере- носы	на начатый цикл	на перенос эмбриона	на полные циклы с ПЭ	на крио- переносы

Дата «___» _____ 20__ г.

Руководитель
медицинской организации _____
МП (ФИО (при наличии), подпись)

отчет предоставляется медицинскими организациями, в которых проводилась процедура ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования, предоставляется ежемесячно до 27-го числа, следующего за отчетным периодом

Примерная форма

Сведения о пациентах с осложнениями процедуры экстракорпорального оплодотворения, получивших стационарное лечение за отчетный период*

(наименование медицинской организации)

за _____ 20__ г.
месяц

№ п/п	Шифр пациента	Вид осложнения** (синдром гиперстимуляции яичников, кровотечение после пункции, внематочная беременность, острые гинекологические и экстрагенитальные заболевания)	Учреждение здравоохранения, в котором проводилось лечение	Исход заболевания

Дата «__» _____ 20__

Руководитель
медицинской организации _____
МП (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

* отчет предоставляется ежемесячно до 2-го числа месяца, следующего за отчетным.

** указываются осложнения, связанные с проведением процедуры ЭКО, произошедшие в период с начала стимуляции до истечения 30 дней с момента установления диагноза клинической беременности и потребовавшие госпитализации.

Примерная форма

Выписка из индивидуальной карты пациента
(после проведенной процедуры экстракорпорального оплодотворения и (или)
переноса криоконсервированных эмбрионов) № _____
с приложением карты стимуляции и карты культивирования эмбрионов

(Наименование учреждения, в котором проводилась процедура ЭКО)

Ф.И.О.(при наличии)пациентки _____
Номер направления _____
Возраст _____
Номер страхового полиса _____
Клинический диагноз _____
Диагноз по МКБ-10 _____
проходила лечение в _____
Проведена стимуляция по _____ протоколу.
Стартовая доза гонадотропинов _____
Суммарная доза гонадотропинов составила _____
Трансвагинальная пункция _____ (дата)
Получено _____ ооцитов
Оплодотворение методом (ЭКО, ИКСИ) _____
Получено эмбрионов _____
Перенос эмбрионов _____ (дата) _____ (количество)
Криоконсервация _____
ХГЧ _____ (результат) _____ (дата)
Данные УЗИ _____ (дата)
Осложнения во время процедуры ЭКО _____

Ф.И.О.(при наличии) лечащего врача _____ подпись _____

Ф.И.О.(при наличии)
руководителя медицинской организации _____ подпись _____

Печать медицинской организации
Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Примерная форма

Сводный отчет по результатам проведенных процедур экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан*

_____ (наименование медицинской организации)

за _____ 20__ г.

№ п/п	Наименование показателя	Показатель
1	Число проведенных процедур ЭКО (по ОМС) в том числе:	
1.1.	Циклы, закончившиеся переносом	
1.2	Циклы без переноса	
1.3	Криопереносы	
1.4	Число беременностей	
2	Число женщин, которым проведены циклы ЭКО (за счет средств ОМС)	
	из них число женщин в возрасте:	
2.1.	до 25 лет	
2.2.	25-29	
2.3.	30-34	
2.4.	35-39	
2.5.	40-44	
2.6.	45-49	
3	Число случаев постановки на учет по беременности после проведения ЭКО (по ОМС)	
4	Число родов после ЭКО (проведенного по ОМС)	
5	Количество родившихся детей в результате ЭКО (проведенного по ОМС)	
	из них:	
5.1	двойни	
5.2	тройни и более трех	

Дата « ____ » _____ 20__

Руководитель медицинской организации _____
МП (ФИО, подпись)

* Отчет предоставляется ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным

Приложение № 16
к приказу Минздрава РФ
от 20.05 2021 № 951

Утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020г. № 803н (Приложение № 4 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н)

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Наименование результатов обследования	Срок годности
1.	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
2.	Флюорография легких	1 год
3.	Регистрация электрокардиограммы	1 год
4.	Ультразвуковое исследование молочных желез	1 год
5.	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	1 год
6.	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1/ 2, и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV ½ + Agp24) в крови	3 месяца
7.	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	3 месяца
8.	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	3 месяца
9.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	3 месяца
10.	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц
11.	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1 месяц
12.	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1 месяц
13.	Общий (клинический) анализ мочи	1 месяц
14.	Определение иммуноглобулинов класса М, G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	при наличии IgM – 1 месяц; при наличии IgG- не ограничен
15.	Определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен
16.	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц
17.	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)	3 месяца

18.	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19.	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла	6 месяцев
20.	Исследование уровня антимюллера гормона в крови	6 месяцев
21.	Спермограмма	6 месяцев
22.	Консультация врача-терапевта	1 год
23.	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 год
24.	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 год
25.	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц
26.	Справка из психоневрологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	1 год
27.	Справка из наркологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	1 год

Приложение № 17
к приказу Минздрава РФ
от 29.05 2021 № 951

Форма

утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 31 июля 2020г. № 803н
(Приложение № 5
к Порядку использования вспомогательных
репродуктивных технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н)

Направление

для проведения программы экстракорпорального оплодотворения
и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках
территориальной программы обязательного медицинского страхования

(ФИО (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения
программы ЭКО и (или) криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст)

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

(полис обязательного медицинского страхования)

(СНИЛС пациента)

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства))

(код диализа по МКБ-10)

(первичное/ повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(наименование медицинской организации в которой выдано направление)

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(должность)

(подпись) (Ф.И.О.)

(отчество указывается при наличии)

Форма

утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 31 июля 2020г. № 803н
(Приложение № 6
к Порядку использования вспомогательных
репродуктивных технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н)

Справка

о выполнении медицинской организацией программы
экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса
криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной
программы обязательного¹ медицинского страхования

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО и (или) перенос
криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента) (возраст пациента)

(период проведения ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность, УЗ - беременность, нет
беременности)

(должность руководителя (подпись) (Ф.И.О)
медицинской организации) (отчество указывается
при наличии)

" ____ " _____ 20__ г.
(дата оформления) М.П.

¹ Далее - ЭКО

Приложение № 19
к приказу Минздрава РФ
от 2005 2021 № 957

Форма

утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от 31 июля 2020г. № 803н
«О порядке использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниях и
ограничениях к их применению»
(Приложение № 8 к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н)

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток

№ п/п	Ф.И.О. пациентки	№ медицинской карты амбулаторного больного ¹	Дата криоконсервации	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	Ф.И.О., подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных ооцитов	Число оставшихся ооцитов	Число размноженных /число оплодотворенных ооцитов	Ф.И.О., подпись эмбриолога

¹ форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный № 50614).

Приложение № 20
к приказу Минздрава РФ
от 20.05 2021 № 957

Форма

утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от 31 июля 2020г. № 803н «О порядке
использования вспомогательных
репродуктивных технологий,
противопоказаниях и ограничениях к
их применению»
(Приложение № 9 к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н)

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов

№ п/п	№ (код) донора ооцитов	Поступление ооцитов					Расход ооцитов			Номер медицинской карты амбулаторного больного ¹ (реципи ента)	ФИО, подпись эмбриолога
		Дата забора ооцитов	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата инсеминации	Число размороженных ооцитов	Качество размороженных ооцитов		

¹ форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный № 50614).

Приложение № 21
к приказу Минздрава РФ
от 22.05 2021 № 951

Форма

утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от 31 июля 2020г. № 803н «О порядке
использования вспомогательных
репродуктивных технологий,
противопоказаниях и ограничениях к
их применению»
(Приложение № 10 к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н)

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациентов

№ п/п	Ф.И.О. пациентов	№ медицинской карты амбулаторного больного	Дата криоконсервации	Число эмбрионов	Сутки развития эмбрионов	Стадия и качество/ оценка эмбрионов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных эмбрионов	Качество эмбрионов после размораживания	Число перенесенных эмбрионов	Число оставшихся эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога

1 форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. № 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный № 50614).

