



## ПРИКАЗ

19.05.2021 г.

Анадырь

№ 967

Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказом Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа № 426 от 14 мая 2021г. «Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования», в целях повышения рождаемости, улучшения доступности процедуры экстракорпорального оплодотворения гражданам Чукотского автономного округа, страдающим бесплодием

### **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1 Принять к исполнению:

1.1 Порядок направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона (далее - криоперенос) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - за счет средств ОМС) (Приложением №1);

1.2 Форму заявления о согласии на обработку персональных данных пациента при направлении на процедуру ЭКО или криопереноса (Приложения №2);

- 1.3 Форму Протокола Врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения по вопросу направления пациента для проведения процедуры ЭКО или криопереноса (Приложения №3);
- 1.4 Форму Листа ожидания процедуры ЭКО или процедуры криопереноса Чукотского автономного округа (далее - ЛО) (Приложения №4) ;
- 1.5 Форму «Направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС» (Приложение №5);
- 1.6 Форму «Направление для проведения процедуры криопереноса за счет средств ОМС» (Приложение № 6);
2. Назначить ответственным лицом в ГБУЗ ЧОБ за организацию работы по направлению граждан на ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС, заместителя главного врача по охране здоровья материнства и детства ГБУЗ ЧОБ Рамазанову Э.А.;
3. Заведующему акушерско-гинекологическим отделением ГБУЗ ЧОБ Охрименко Н.Н., заведующему женской консультацией ГБУЗ ЧОБ Гришиной И.В., руководителям (главным врачам) филиалов ГБУЗ ЧОБ (Провиденская РБ, Чукотская РБ, Чаунская РБ, Билибинская РБ, Иультинская РБ), главным врачам участковых больниц ГБУЗ ЧОБ (п.Угольные Копи, п. Беринговский):
  - 3.1 Организовать работу по отбору и направлению граждан на проведение ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС при наличии медицинских показаний, в соответствии с настоящим приказом;
  - 3.2 Разместить на информационных стендах, а также на официальных сайтах медицинских организаций информацию о Порядке направления граждан Чукотского автономного округа, страдающих бесплодием, для проведения ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС;
  - 3.3 Назначить ответственных лиц за организацию работы по направлению граждан на ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС;
  - 3.4 Обеспечить предоставление информации ежемесячно в срок до 03 числа месяца, следующего за отчетным, заместителю главного врача по охране здоровья материнства и детства Рамазановой Э.А. ([ramazanova@hospital.chukotnet.ru](mailto:ramazanova@hospital.chukotnet.ru)), в соответствии с Приложением № 8 .
4. Заместителю главного врача по охране здоровья материнства и детства ГБУЗ ЧОБ Рамазановой Э.А. обеспечить:
  - 4.1 работу по отбору и направлению граждан на проведение процедуры ЭКО или криопереноса за счёт средств обязательного медицинского страхования при наличии медицинских показаний;
  - 4.2 ведение учётной и отчётной документации по направлению пациентов на проведение процедуры ЭКО или криопереноса за счёт средств ОМС, согласно Приложению № 8;
  - 4.3 предоставление ежемесячно в срок до 05 числа месяца, следующего за отчетным в адрес Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа отчета, в соответствии с Приложением №8 , в том числе по электронной почте

[deti@dzo.chukotka-gov.ru](mailto:deti@dzo.chukotka-gov.ru).

5. Считать утратившим силу приказ ГБУЗ ЧОБ от 04.12.2019г. №2728 «О принятии к исполнению приказа Департамента социальной политики Чукотского автономного округа от 2 декабря 2019 года №1062 «Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»».

6. Заведующему канцелярией Симахиной О.В. ознакомить с данным приказом всех заинтересованных лиц под роспись, копии приказа, приложения передать заинтересованным лицам, направить в филиалы и подразделения ГБУЗ ЧОБ.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по охране здоровья материнства и детства ГБУЗ ЧОБ Рамазанову Э.А

Главный врач



Острась М.А.



З.К. Дамирова  
Зам.гл.вр. по орг-метод. работе  
19.05.2021г.

Лист ознакомления с приказом ГБУЗ ЧОБ от 19.05.2021 № 967

ФИО	Должность	Дата	Подпись
Рамазанова Э.А.	заместитель главного врача по охране материнства и детства ГБУЗ ЧОБ		
Охрименко Н.Н.	Зав.акушерским и гинекологическим отделением отделением ГБУЗ ЧОБ		
Гришина И.В.	Зав.женской консультации ГБУЗ ЧОБ		

Приказ ГБУЗ ЧОБ от 19.05.2021 № 967 направлен по электронной почте в филиалы ГБУЗ ЧОБ: Провиденская РБ, Чаунская РБ, Чукотская РБ, Билибинская РБ, Иультинская РБ, участковые больницы ГБУЗ ЧОБ п.Угольные Копи, п.Беринговский, с.Мейныпильгино, с.Хатырка, с.Марково, с.Усть-Белая, с.Канчалан, с.Ваеги.

## **Порядок направления граждан Чукотского автономного округа для проведения ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС (далее - Порядок)**

1. Настоящий Порядок определяет механизм реализации мероприятий по направлению пациентов проживающих на территории Чукотского автономного округа, страдающих бесплодием, для проведения ЭКО или криопереноса, за счет средств ОМС.

2. Предварительное обследование супружеской пары выполняется в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н.

3. При установлении пациенту диагноза бесплодия, лечащим врачом в срок не более 3-х рабочих дней оформляется выписка из медицинской документации в 2-х экземплярах в соответствии с примерной формой, согласно приложению 7 к настоящему приказу.

4. В течении 3-х рабочих дней с момента оформления выписки из медицинской документации пакет документов, состав которого определён пунктом 5 настоящего Порядка, направляется на бумажном носителе на врачебную комиссию медицинской организации направляющей пациента (далее - ВК).

5. Состав пакета документов:

- заявление о согласии на обработку персональных данных, по форме согласно приложению 2 к настоящему приказу, при этом выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам, страдающим бесплодием, с использованием метода ЭКО или криопереноса по территориальным программам обязательного медицинского страхования, осуществляется пациентами;

- выписка из медицинской документации;

- копии следующих документов:

паспорт гражданина Российской Федерации (лицевая часть и место регистрации);

полис ОМС;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

6. Пакет документов рассматривается на ВК направляющей медицинской организации.

7. При положительном решении комиссии, пакет документов в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка, копия протокола решения ВК, а также заявление о согласии на обработку персональных данных, в срок не более 3-х рабочих дней направляются в адрес Департамента здравоохранения Чукотского автономного

округа, в том числе по электронной почте: [deti@dzo.chukotka-gov.ru](mailto:deti@dzo.chukotka-gov.ru).

8. На основании представленных документов Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа присваивается индивидуальный шифр пациента, пациент вносится в ЛО, а также выдается «Направление для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС» или «Направление для проведения процедуры криопереноса в рамках базовой программы ОМС», после чего направляется в медицинскую организацию, направившую документы.

9. При положительном решении комиссии, пакет документов в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка, копия протокола решения ВК, а также заявление о согласии на обработку персональных данных, в срок не более 3-х рабочих дней, сформированный пакет документов пациента, медицинская организация направляет, посредством электронной связи в заявленное пациентом медицинское учреждение выполняющее ЭКО или криоперенос.

10. В случае наступления беременности после проведения ЭКО или криопереноса, подтвержденной ультразвуковым исследованием, пациент наблюдается в медицинской организации по месту жительства.

11. При отсутствии беременности после проведения ЭКО или криопереноса пациенты могут повторно включаться в ЛО по решению ВК, при условии соблюдения очередности в соответствии с настоящим Порядком.

12. В случае неявки пациента в назначенную дату в медицинскую организацию, выполняющую ЭКО или криоперенос, пациенты могут повторно включаться по решению ВК в ЛО, при условии соблюдения очередности в соответствии с настоящим Порядком.

Главному врачу Государственного  
бюджетного учреждения  
здравоохранения « \_\_\_\_\_ »

Заявление  
о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью) даю согласие на обработку и  
использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации проведения  
процедуры ЭКО/криопереноса (нужное подчеркнуть) в медицинской организации:

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации для проведения процедуры ЭКО/криопереноса)

1. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_
2. Документ, удостоверяющий личность (наименование) \_\_\_\_\_  
(серия, номер выдан) \_\_\_\_\_
3. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_
4. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_
5. Контактный телефон \_\_\_\_\_
6. Серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_
7. Страховой номер свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента  
(СНИЛС) \_\_\_\_\_

На передачу лично мне сведений о дате вызова и иных данных по телефонам, указанным в  
заявлении, согласна.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Протокол Врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения  
здравоохранения « \_\_\_\_\_ »  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Присутствовали: председатель и члены врачебной комиссии

Повестка дня:

рассмотрение вопроса о направлении на проведение процедуры ЭКО/криопереноса  
(первично/повторно) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента, дата рождения, адрес регистрации)

с диагнозом \_\_\_\_\_ код диагноза  
по МКБ-Х \_\_\_\_\_ для проведения процедуры ЭКО/криопереноса за счёт средств  
ОМС.

На комиссию представлены следующие документы (подчеркнуть):

- согласие на обработку персональных данных;
- заявление пациента о направлении на процедуру;
- выписка из медицинской документации пациента;
- копия паспорта гражданина Российской Федерации;
- копия полиса обязательного медицинского страхования пациента;
- копия свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента.

Заключение комиссии: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

показано (отказано) направление на проведение процедуры ЭКО/криопереноса за счёт  
средств ОМС, в

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, куда направляется пациент)

Рекомендации Комиссии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (заполняется в случае отказа в направлении для проведения процедуры ЭКО/криопереноса)

Председатель Врачебной комиссии	_____ /
Члены комиссии	_____ /
	_____ /
	_____ /
	_____ /
	_____ /



Лист ожидания процедуры ЭКО/криопереноса Чукотского автономного округа

№ п/п	Персональный шифр пациента	Дата включения в лист ожидания/выдачи направления	Наименование медицинской организации, куда направлен пакет документов пациента	Сведения о выполнении ЭКО/криопереноса (ожидание/дата выполнения)	Примечание	Дата исключения из листа ожидания	Наименование процедуры (ЭКО/криоперенос)
1.							
2.							
3.							
...							

Форма

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

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента направляемого для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

Паспорт: серия

№

выдан

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации/места жительства пациента)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ-Х)

\_\_\_\_\_  
(первично/повторное направление)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя органа  
исполнительной власти субъекта)

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

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

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента направляемого для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

Паспорт: серия

№

выдан

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации/места жительства пациента)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ-Х)

\_\_\_\_\_  
(первично/повторное направление)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_  
(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя органа  
исполнительной власти субъекта)

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Выписка из амбулаторной карты № \_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения « \_\_\_\_\_ »

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № паспорта \_\_\_\_\_

Полис ОМС, № \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Диагноз:

МКБ – 10 \_\_\_\_\_ (шифр)

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Данные анамнеза: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез :

Гемотрансфузии:

Наследственный анамнез:

Лues, туберкулез, гепатиты:

Перенесенные гинекологические заболевания:

Менструальная функция:

Половая функция :

Репродуктивная функция: А-, Р- , В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Оценка проходимости маточных труб:

(лапароскопия/ гистеросальпингография/ контрастная эхогистеросальпингоскопия):

Оценка состояния эндометрия:

(ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия)/ гистероскопия/ биопсия тканей матки (эндометрия)

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО/криопереноса - дата проведения, результат.

### Данные обследования

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
Спид			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

Группа крови резус фактор – дата анализа, результат.

Клинический анализ крови – дата анализа, результат.

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

Общий анализ мочи - дата анализа, результат

Биохимический анализ крови - дата анализа.

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

Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ (Каолин)		

Фибриноген		
тромбиновое время		
Антитромбин III		

Гормональное обследование: дата анализа

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Е2		
пролактин		
кортизол		
тестостерон		
СТГ		
Т3		
Т4		
ТТГ		
прогестерон – 21-й день цикла дата		

ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18 типа	не обнаружена

Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

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

Мазок на флору – дата анализа.

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

Кольпоскопия дата исследования

Мазок на онкоцитологию – дата анализа

УЗИ (трансвагинальное) матки и придатков: на 5-7 дни цикла: - дата исследования, заключение.

ЭКГ дата исследования, результат.

ФЛГ дата исследования, результат.

Консультация терапевта: дата осмотра, заключение.

УЗИ молочных желез : дата исследования, заключение

Маммография (в возрасте старше 35 лет): дата исследования, заключение

УЗИ щитовидной железы: дата исследования, заключение

Муж: Ф.И.О., возраст

Группа крови резус фактор – дата анализа, результат

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
Спид			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

Спермограмма – дата анализа, параметры, результат, заключение.

Диагноз:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

показано лечение методом экстракорпорального оплодотворения/переноса  
криоконсервированного эмбриона в

\_\_\_\_\_ (учреждение здравоохранения, выполняющее процедуру ЭКО/криопереноса)

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Зав. женской консультацией \_\_\_\_\_

Пациентка направляется на врачебную комиссию для решения вопроса о направлении на ЭКО/криоперенос за счёт средств ОМС.

Решение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_

Члены врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

Печать учреждения здравоохранения

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.







