

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

09 апреля 2024

№ *20-П*

Экз. № _____

г. Ульяновск

О совершенствовании организации оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий пациентам с диагнозом «Бесплодие» за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Ульяновской области

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Мужское бесплодие» и «Женское бесплодие», в целях дальнейшего совершенствования организации оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий супружеским парам с бесплодием в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ВРТ):

1. Утвердить:

1.1. Порядок направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ (далее - Порядок) (приложение №1).

1.2. Форму регистра пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением ВРТ (далее - регистр) (приложение №2).

1.3. Перечень показаний и критерии отбора пациентов к проведению лечения с применением ВРТ (приложение № 3).

1.4. Перечень обследований пациентов для проведения лечения с применением ВРТ (приложение № 4).

1.5. Форму информированного добровольного согласия на обработку персональных данных пациентов при направлении на проведение лечения с применением ВРТ (приложение № 5).

1.6. Регламент действий пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением ВРТ (далее – Регламент) (приложение № 6).

1.7. Форму направления на проведение лечения с применением процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) за счет средств обязательного медицинского страхования (приложения № 7).

1.8. Форму направления на проведение лечения с применением процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение №8).

2. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология»:

2.1. Назначить ответственных специалистов за внесение информации в регистр ЭКО в соответствии с Порядком, утвержденным настоящим распоряжением.

2.2. Направить приказ медицинской организации о назначении ответственных специалистов за внесение информации в регистр ЭКО в отдел организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Ульяновской области по электронной почте: mzuo@yandex.ru.

2.3. Обеспечить:

2.3.1. Внесение информации в регистр ЭКО в соответствии с Порядком, утвержденным настоящим распоряжением.

2.3.2. Организацию обследования пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением методов ВРТ.

2.3.3. Направление пациентов на лечение бесплодия с применением методов ВРТ в соответствии с Порядком.

2.3.4. Проведение информационно-разъяснительной работы с населением по оказанию медицинской помощи с использованием ВРТ, в том числе путем размещения информации на информационных стендах и официальных сайтах медицинских организаций, в информационно телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Государственному учреждению здравоохранения «Ульяновский областной медицинский информационно-аналитический центр» (далее - ГУЗ МИАЦ) обеспечить формирование отчета по регистру и предоставление в отдел организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Ульяновской области ежемесячно в срок до 05 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Главному внештатному специалисту по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Ульяновской области обеспечить:


4.1. Организационно-методическое руководство и контроль направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ.

4.2. Проведение консультативного приема пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи с применением ВРТ.

5. ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница обеспечить проведение обследования супружеских пар с бесплодием для оказания медицинской помощи с применением ВРТ.

6. Федеральному государственному бюджетному учреждению «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» Федерального медико-биологического агентства рекомендовать исполнение пункта 2 настоящего распоряжения.

Исполняющий обязанности
Министра



М.Е.Шалыгина

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

к приказу

Министерства здравоохранения

Ульяновской области

09.04.2024 № 20-Т

ПОРЯДОК

направления пациентов на лечение бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий

1. Настоящий Порядок направления пациентов на лечение бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) (далее - Порядок) устанавливает принципы организации работы по направлению пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ.

2. Отбор и направление пациента на лечение бесплодия с применением методов ВРТ осуществляет врач женской консультации по месту прикрепления пациента (далее – лечащий врач) согласно критериям отбора, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний (приложение № 3).

3. Обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи согласно приложению №4.

3.1. Лечащий врач определяет объем необходимого обследования, выдает направление в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» (далее – ГУЗ УОКБ для проведения комплексного обследования женщины и мужчины согласно распоряжению Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области от 30.03.2018 №836-р «Об организации лабораторного обследования пациентов с диагнозом «бесплодие» перед проведением программы ВРТ при наличии информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство. Лечащий врач выдает памятку с регламентом действий пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением ВРТ.

3.2. Комплексное обследование супружеских пар перед проведением программы ВРТ проводится в ГУЗ УОКБ. Прием женщины осуществляется врачом акушером-гинекологом в консультативно-диагностическом отделении ГУЗ УОКБ по предварительной записи по телефону (8422) 73-77-43. Прием мужчины осуществляется врачом урологом-андрологом в консультативной поликлинике ГУЗ УОКБ по предварительной записи по телефонам (8422) 32-61-64, 73-62-63 (регистратура), 73-72-16 (кабинет уролога) или через электронную регистратуру. При себе пациенты должны иметь: паспорт, действующий страховой медицинский полис, направление на обследование.

3.3. Забор биологического материала осуществляется в консультативной поликлинике ГУЗ УОКБ в день обращения пациентов и доставляется в лабораторию в день забора материала. Сбор материала на спермограмму, учитывая температурный и временной режим, осуществляется непосредственно

перед исследованием в лаборатории.

4. В случае отсутствия противопоказаний и ограничений для применения программы ЭКО и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов, лечащий врач предоставляет женщине перечень федеральных клиник, а также медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий супружеским парам с бесплодием в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – клиника ЭКО).

5. Ответственное лицо, назначенное приказом главного врача медицинской организации вносит информацию о пациенте и выбранной клинике ЭКО в регистр пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - регистр).

6. Лечащий врач:

6.1. Выдает направление в выбранную пациентом клинику ЭКО для прохождения лечения бесплодия с применением методов ВРТ. Номер направления присваивается из регистра.

6.2. Информировывает о необходимости обращения в клинику ЭКО с направлением в течение двух недель с даты выдачи направления для определения тактики и сроков проведения лечения бесплодия с использованием методов ВРТ. Срок действия направления 3 месяца.

7. При обращении в клинику ЭКО пациент должен при себе иметь:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт);
- направление на проведение лечения с применением процедуры ЭКО/переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования (оригинал);
- страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования;
- СНИЛС;
- результаты обследования (оригиналы со штампом медицинской организации и заверенные печатью исполнителя).

8. Процедура ЭКО за счет средств ОМС осуществляется медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

9. За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение базовой программы ВРТ (ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов).

Базовая программа ВРТ состоит из следующих этапов:

- овариальная стимуляция;
- пункция фолликулов яичника для получения ооцитов;
- инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки;
- криоконсервация эмбрионов;
- разморозка криоконсервированных эмбрионов;
- внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе

донорского.

10. Использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорского эмбриона, преимплантационного генетического тестирования (далее - ПГТ) производится дополнительно за счет личных средств пациентов и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11. Пациенты, имеющие высокий риск рождения детей с наследственными заболеваниями, подтвержденный результатами генетического обследования одного или обоих родителей, и нуждающиеся в проведении ПГТ, направляются для применения программы ЭКО и/или переноса криоконсервированных эмбрионов независимо от статуса фертильности.

12. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона) пациенты могут повторно направляться для проведения программы ВРТ, при условии соблюдения очередности.

13. О результатах проведенного лечения бесплодия с использованием ВРТ лечащий врач вносит информацию в Регистр.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

к приказу

Министерства здравоохранения

Ульяновской области

09.04.2024 № 20-Т

ФОРМА
регистра пациентов, нуждающихся
в лечении бесплодия с применением методов вспомогательных
репродуктивных технологий

1. Общие данные

1. Дата ввода _____
2. ФИО _____
3. Пол: _____
4. Дата рождения (день, месяц, год) _____
5. СНИЛС _____
6. Наименование страховой компании _____
7. Серия и Номер страхового полиса МС _____
8. Домашний адрес:
 - 8.1. по месту регистрации _____
 - 8.2. по месту проживания _____
9. Контактный номер телефона _____
10. Код диагноза МКБ-10 _____
11. Наименование МО для проведения ВРТ _____
12. Метод проведения процедуры ВРТ (ЭКО/перенос криоконсервированных эмбрионов) _____

2. Результат ЭКО

1. Сроки проведения процедуры ВРТ _____
2. Результат проведения процедуры ЭКО _____
3. Дата постановки на учёт по беременности _____
4. Наступившая беременность в результате ВРТ подтверждена УЗИ _____
5. Медицинская организация, в которой взята на учёт по беременности _____
6. Многоплодная беременность _____
7. Исход беременности _____
 - Самопроизвольный выкидыш (до 12 нед./после 12 нед.) _____
 - Неразвивающаяся беременность _____
 - Прерывание по мед. показаниям (со стороны матери/в связи с выявленными ВПР плода) _____
 - Преждевременные роды _____
 - Патология развития плода (в 22-27 недель/в 28-37 недель) _____
 - Срочные роды (да/нет) _____ ДАТА _____
 - Кесарево сечение (да/нет) _____
 - Перинатальные потери (мертворожденный/умерший в раннем неонатальном периоде) _____
 - Мертворожденный (антенатальная потеря/интранатальная) _____

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

к приказу

Министерства здравоохранения

Ульяновской области

09.04.2024 № 20-А

ПЕРЕЧЕНЬ

**показаний и критерии отбора пациентов к проведению
лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Показания к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (далее-ВРТ) методом ЭКО и (или) процедуры переноса криоконсервированного эмбриона:

- неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;

- состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программ ЭКО выше, чем при применении других методов;

- наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;

- сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности ИИ);

- ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

2. 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.

3. В случае наличия ограничений применение программы ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона происходит после устранения выявленных ограничений.

4. В рамках территориальной программы ОМС осуществляется базовая программа с использованием ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов.

5. Критерии отбора пациентов к проведению ВРТ методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона:

5.1. На применение вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования имеют право граждане, зарегистрированные в установленном порядке по месту жительства на территории Ульяновской области, имеющие полис обязательного

медицинского страхования: мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке (далее - пациенты).

5.2. Отсутствие тяжёлых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка.

5.3. Отсутствие гинекологической патологии, снижающей вероятность наступления беременности при использовании методов ВРТ: хронические сальпингиты с образованием гидросальпинксов, миоматозные узлы размером более 4 см, субмукозный миоматозный узел, опухолевидные образования яичников.

5.4. Отсутствие острых воспалительных заболеваний репродуктивной системы.

5.5. Отсутствие медицинских противопоказаний к проведению ВРТ в соответствии с приложением №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению.

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

к приказу

Министерства здравоохранения

Ульяновской области

09.04.2024 № 20-Т

ПЕРЕЧЕНЬ

**обследований пациентов для проведения лечения
с применением вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев.

2. При подготовке к проведению вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ мужчине и женщине проводится обследование.

3. Обязательный перечень обследования женщины:

3.1. Общий гинекологический осмотр.

3.2. Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (5-7 день менструального цикла) (срок действия 1 месяц).

3.3. Оценка проходимости маточных труб с помощью гистеросальпингографии и(или) соногистеросальпингографии, по показаниям - лапароскопии (срок действия - 1 год).

Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы по расположению и размерам (более 4 см), способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют.

При наличии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия в случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

Визуально неизмененные яичники не должны подвергаться какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции.

3.4. Оценка состояния эндометрия: ультразвуковое исследование эндометрия, по показаниям на 7-11 день менструального цикла гистероскопия и /или биопсия эндометрия (срок действия - 1 год).

3.5. Кольпоскопия (срок действия 6 месяцев).

3.6. Ультразвуковое исследование молочных желез на 7-12 день менструального цикла (срок действия 1 год).

3.7. Маммография проводится женщинам при выявлении признаков патологии молочных желез по результатам ультразвукового исследования (срок действия 1 год) и женщинам старше 40 лет. При наличии признаков патологии молочных желез необходимо заключение онколога.

3.8. Ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок действия 6 месяцев).

3.9. Флюорография органов грудной клетки (срок действия 1 год).

3.10. Электрокардиограмма (ЭКГ) (срок действия 1 год).

3.11. Исследование в крови уровня:

- фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);
- лютеинизирующего гормона (ЛГ);
- общего эстрадиола;
- прогестерона;
- тиреотропного гормона (ТТГ);
- тестостерона (общего/свободного);
- пролактина;
- антимюллера гормона (срок действия 6 месяцев).

По показаниям исследование в крови уровня:

- дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-S);
- свободного тироксина (Т4) (срок действия 6 месяцев).

3.12. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (Rubellavirus) в крови (срок действия при наличии иммуноглобулинов класса М - 1 месяц, при наличии иммуноглобулинов класса G- не ограничен).

3.13. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (HepatitisB virus) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (HepatitisB virus) в крови (срок действия 3 месяца).

3.14. Определение антител классов М и G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ 4/2 и антигена р24 в крови (срок действия 3 месяца),

3.15. Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCVIgGи anti- HC V IgM) к вирусу гепатита С (HepatitisC virus) в крови (срок действия 3 месяца).

3.16. Определение антител к бледной трепонеме (Treponemapallidum) (срок действия 3 месяца).

3.17. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (срок действия 1 месяц).

3.18. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (срок действия - 1 год).

3.19. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, из уретры методом полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР):

- хламидии (Chlamydia trachomatis);
- микоплазмы (Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis);
- уреоплазму (Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum);
- трихомонады (Trichomonas vaginalis);
- гарднереллы (Gardnerellavaginalis) (срок действия 6 месяцев).

3.20. Определение основных групп крови (ABO) и антигена Dсистемы Резус (резус фактор) (срок действия не ограничен).

3.21. Общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи (срок действия 1 месяц).

3.22. Анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевины, креатинин, общий и прямой билирубин, АсТ, АлТ, глюкоза) (срок действия 1 месяц).

3.23. Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (АЧТВ, тромбопластиновое (протромбиновое) время, фибриноген) (срок

действия 1 месяц).

3.24. Заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности с учетом заключений врачей-специалистов (по показаниям) (срок действия 1 год).

3.25. Заключение эндокринолога при наличии патологии (срок действия 6 месяцев).

3.26. Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным) (срок действия 1 месяц).

4. Обязательный перечень обследования мужчины:

4.1. Микроскопическое исследование спермы (спермограмма) (срок действия 6 месяцев).

4.2. Тест «смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов» (MAR-тест) (по показаниям).

4.3. Заключение уролога – андролога (по показаниям) (срок действия 1 год).

4.4. Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (HepatitisB virus) в крови или определение антигена (HbsAg) гепатита В (HepatitisB virus) в крови (срок действия 3 месяца).

4.5. Определение антител классов MuG (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови (срок действия 3 месяца).

4.6. Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCVIgGи anti-HCVIgM) к вирусу гепатита С (HepatitisC virus) в крови (срок действия 3 месяца).

4.7. Определение антител к бледной трепонеме (Treponemapallidum) (срок действия 3 месяца).

4.8. Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты на гонококк (Neisseriagonorrhoeae) (срок действия 1 месяц).

4.9. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры, методом ПЦР на:

- хламидии (Chlamydia trachomatis);
- микоплазмы (Mycoplasma genitalium);
- уреоплазму (Ureaplasma urealyticum);
- цитомегаловирус (Cytomegalovirus) (срок действия 6 месяцев).

5. Заключение генетика пациентам, имеющим в анамнезе случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней (в том числе у близких родственников), неудачные беременности (в том числе после ВРТ), бесплодие у близких родственников, женщинам старше 55 лет, мужчинам при наличии мужского бесплодия.

6. Цитогенетическое исследование (кариотип) (по показаниям).

ФОРМА
информированного добровольного согласия на обработку
персональных данных пациентов при направлении на проведение лечения
с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

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

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

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

Наименование страховой медицинской организации, серия и № страхового полиса
обязательного медицинского страхования _____
даю согласие _____
(учреждение здравоохранения)

на обработку и использование моих персональных данных, с целью проведения ВРТ
методом ЭКО и/или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона

Об ответственности за достоверность представленных сведений
предупрежден/предупреждена (нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате вызова на лечение и иных данных по
телефону _____, согласен/согласна (нужное подчеркнуть)

Указанные данные, соответствуют представленным документам.

Документы гражданина/гражданки _____

Принял _____

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

РЕГЛАМЕНТ
действий пациентов, нуждающихся в лечении бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет
средств обязательного медицинского страхования

Обращение к лечащему врачу акушеру-гинекологу



Проведение обследования пациента



Определение показаний и противопоказаний для лечения бесплодия
с применением ВРТ за счет средств ОМС, при необходимости проведение
лечения по результатам обследования перед проведением ВРТ



Выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь
с использованием ВРТ



Внесение лечащим врачом пациента в регистр пациентов



Получение направления для проведения процедуры ЭКО



Обращение в клинику ЭКО с направлением в течение двух недель
с даты выдачи направления



Определение сроков проведения процедуры ЭКО / процедуры переноса
криоконсервированного эмбриона в клинику ЭКО

Форма НАПРАВЛЕНИЯ
на проведение лечения с применением процедуры
экстракорпорального оплодотворения
за счет средств обязательного медицинского страхования

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

(ФИО 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)

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

(наименование медицинской организации, выдавшей направление)

(адрес, тел., факс, адрес электронной почты)

Лечащий врач

подпись

расшифровка подписи

Зав. женской консультации

подпись

расшифровка подписи

Руководитель
медицинской организации

подпись

расшифровка подписи

М.П.

Форма НАПРАВЛЕНИЯ
на проведение лечения с применением процедуры переноса
криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного
медицинского страхования

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (ФИО 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)

_____ (наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

_____ (наименование медицинской организации, выдавшей направление)

_____ (адрес, тел., факс, адрес электронной почты)

Лечащий врач

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Зав. женской консультации

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Руководитель

медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.