



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «21» 10 2019 г.

№ 550

О порядке направления
жителей Костромской области
на процедуру экстракорпорального
оплодотворения за счет средств
обязательного медицинского страхования

В целях совершенствования медицинской помощи пациентам с различными формами бесплодия, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) порядок направления жителей Костромской области с различными формами бесплодия (трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским) на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО) / переноса криоконсервированного эмбриона, за счет средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС) (далее Порядок) в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу;

2) состав комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) в соответствии с приложением №2 к настоящему приказу;

3) объем обследования пациентов с различными формами бесплодия (трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским) для направления на лечение методом вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО /

переноса криоконсервированного эмбриона) за счет средств ОМС в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу;

4) протокол комиссии Департамента здравоохранения Костромской области по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением №4 к настоящему приказу;

5) направление для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением №5 к настоящему приказу;

6) выписку из амбулаторной карты пациента в соответствии с приложением №6 к настоящему приказу;

7) лист ожидания на процедуру ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением №7 к настоящему приказу;

8) заявление о согласии на обработку персональных данных в соответствии с приложением №8 к настоящему приказу.

9) заявление о выборе медицинской организации для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением №9 к настоящему приказу.

2. Комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для лечения бесплодия методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет ОМС обеспечить:

1) рассмотрение выписки из медицинской документации пациента, определение показаний, противопоказаний и ограничений к применению процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденному приказом Минздрава России от 30.08.2012 №107н (зарегистрирован Минюстом России 12.02.2013, регистрационный №27010);

2) принятие решения о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС;

3. Секретарю комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для лечения бесплодия методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет ОМС обеспечить:

1) оформление протокола заседания комиссии (приложение №4);

2) извещение пациенток области о решении комиссии департамента здравоохранения Костромской области;

3) выдачу направления на проведение процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС (приложение №5);

4) направление копий протоколов заседания комиссии департамента здравоохранения Костромской области в течение 3-х рабочих дней после принятия решения в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области;

5) ведение листа ожидания и учет выданных направлений (приложение №7).

3. Главному врачу ОГБУЗ "Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области "Центр матери и ребенка" Дубровиной О.Н. обеспечить:

1) ведение и актуализацию регистра бесплодных пар, а также бесплодных пар с выписками из других медицинских организаций с картотекой при регистратуре;

2) проведение бесплатного обследования пациентов с различными формами бесплодия в рамках базовой программы ОМС согласно перечню инструментально-диагностических методов обследования и осмотра специалистов согласно приложению №3 к настоящему приказу;

3) рассмотрение врачебной комиссией медицинских документов жителей области с учетом сроков, в течение которых анализы признаются действительными, при условии отсутствия противопоказаний к проведению ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона, с целью недопущения направления пациентов на повторное лабораторное обследование.

4. Главным врачам областных государственных медицинских организаций Костромской области, осуществляющим подготовку пациентов страдающих бесплодием к проведению процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона:

1) направлять пациентов с различными формами бесплодия с выпиской в соответствии с приложением №6 к настоящему приказу на комиссию департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона пациентам с различными формами бесплодия (трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским) за счет средств ОМС;

2) ежемесячно в срок до 5 числа предоставлять в ОГБУЗ "Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области "Центр матери и ребенка" информацию в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу.

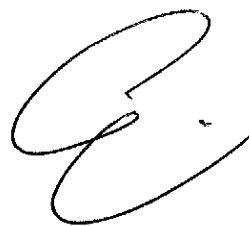
5. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 31.03.2014 №234 "О порядке направления жителей Костромской области на процедуру экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования" (с изменениями от 01.04.2015 №195, от 24.03.2016 №217, от 06.04.2016 №257, от 18.04.2016 №288, от 06.06.2016 №408, от 24.10.2016 №691, от 30.01.2017 №51, от 15.03.2018 №140/1, от 20.03.2019 №145/1, от 21.06.2019 №312).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения Костромской области Стрелец В.Г.

7. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

Директор департамента

Е.В. Нечаев



Порядок направления жителей Костромской области с различными формами бесплодия (трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским) на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС

1. Настоящий Порядок направления граждан Костромской области для проведения процедуры ЭКО / криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) регламентирует деятельность по направлению пациентов на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Предварительное обследование пациентов выполняется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

3. При установлении пациенту диагноза бесплодия, лечащим врачом оформляется выписка из медицинской документации (приложение №6) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

4. Документы (п.5 настоящего Порядка) предоставляются заявителем в департамент здравоохранения Костромской области по адресу:

г. Кострома, ул. Свердлова, 129, 4-й этаж, каб.49, в пн., вт., чтв., пн., с 9:00 до 18:00, с 13:00 до 14:00 - обед. Телефон для справок: 8(4942) 45-76-03.

5. Состав пакета документов:

- заявление о согласии на обработку персональных данных в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу;

- заявление о выборе медицинской организации для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением №9 к настоящему приказу;

- выписка из медицинской документации в соответствии с приложением №6 к настоящему приказу;

- копии паспорта гражданина Российской Федерации (лицевая часть и место регистрации), полиса ОМС пациента, свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента.

6. Пакет документов рассматривается на Комиссии.

7. При положительном решении заявитель получает направление для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за

счет средств обязательного медицинского страхования (приложение №5) на руки. С направлением заявителю необходимо обращаться в медицинскую организацию. При отрицательном решении Комиссии информация передается пациенту по телефону.

8. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться по решению Комиссии в Лист ожидания в соответствии с настоящим Порядком, при условии соблюдения очередности.

9. В случае неявки пациента по уважительной причине в день вызова в медицинскую организацию, выполняющую ЭКО, пациенты могут включаться по решению Комиссии в Лист ожидания после повторной подачи полного пакета документов.

10. Не допускается проведение более 2 попыток процедур ЭКО в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции и более 4 процедур переноса криоконсервированного эмбриона в год.

Состав комиссии департамента здравоохранения Костромской области
по отбору пациентов с различными формами бесплодия
(трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским)
для направления на ЭКО / перенос криоконсервированного эмбриона

- | | |
|----------------------------------|---|
| Стрелец Валерия
Георгиевна | - заместитель директора департамента
здравоохранения Костромской области,
председатель комиссии; |
| Мавренкова Анна
Николаевна | - начальник отдела развития медицинской помощи
детям и службы родовспоможения,
заместитель председателя; |
| Пакина Ольга
Сергеевна | - главный специалист отдела развития медицинской
помощи детям и службы родовспоможения,
секретарь комиссии. |
| Члены комиссии: | |
| Троицкая Валентина
Сергеевна | - заместитель директора Территориального фонда
обязательного медицинского страхования по
Костромской области (по согласованию); |
| Астахов Михаил
Васильевич | - главный внештатный специалист по акушерству и
гинекологии департамента здравоохранения
Костромской области; |
| Дубровина Ольга
Николаевна | - главный врач ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи
и репродукции Костромской области «Центр матери
и ребенка»; |
| Федоренко Анна
Владимирова | - главный врач ОГБУЗ «Родильный дом г.Костромы»; |
| Горюнов Алексей
Александрович | - начальник акушерско-гинекологической службы
ОГБУЗ «Костромская областная клиническая
больница имени Королева Е.И» |
| Ступин Владимир
Михайлович | - главный внештатный специалист по урологии
департамента здравоохранения Костромской
области. |

Объем обследования пациентов с различными формами бесплодия (трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским) для направления на лечение методом вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона) за счет средств ОМС.

Для женщины:

- 1) флюорография легких (действительна 1 год);
- 2) анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, вирусный гепатит «В», гепатит «С» (действительны 6 мес.);
- 3) клинический анализ крови, включая время свертывания и подсчет количества тромбоцитов (действителен 3 мес.);
- 4) общий анализ мочи (действителен 3 мес.);
- 5) биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, общий белок, креатинин, мочевины, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды) (действителен 3 мес.);
- 6) коагулограмма (действителен 3 мес.);
- 7) электрокардиограмма (ЭКГ) (действительна 6 мес.);
- 8) бактериоскопическое исследование гинекологического мазка (действителен 3 мес.);
- 9) цитологическое исследования гинекологического мазка (действителен 1 год);
- 10) рентгенография турецкого седла или компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) гипофиза и головного мозга (приказ от 01.11.2012 №572н) (по показаниям);
- 11) гистеросальпингография (рентгенологические снимки матки и маточных труб) - действительна 1 год; по показаниям: лечебно-диагностическая лапароскопия);
- 12) биопсия эндометрия с результатом гистологического исследования (действительна 1 год), по показаниям: гистероскопия;
- 13) гормоны крови натошак на 2-4 день менструального цикла: ФСГ, пролактин, кортизол, тестостерон, общий эстрадиол, Т4 свободный анти-Мюллеров гормон, СТГ, а/т к ТПО, ТТГ, ЛГ, 17 ОКС; на 20-22 день менструального цикла: прогестерон, (действительны 6 мес.);
- 14) ИФА-инфекции: краснуха (IgM, IgG), цитомегаловирус (IgM, IgG), вирус герпеса (IgM, IgG) I и II тип, (действительны 3 мес.);
- 15) микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму; микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода

15) микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму; микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад; (действительны 3 месяца);

16) УЗИ органов малого таза на 5-8 день цикла (действительно 3 мес.);

17) УЗИ щитовидной железы, паращитовидной железы и надпочечников (по показаниям);

18) УЗИ молочных желез (до 35 лет), маммография в 2-х проекциях (35 лет и старше) (действительно 1 год);

19) кольпоскопия (действительна 1 год);

20) консультация терапевта о состоянии здоровья, возможности вынашивания беременности и отсутствии противопоказаний к ЭКО;

21) консультация фтизиатра (по показаниям)*;

22) консультация маммолога-онколога;

23) консультация генетика женщинам в возрасте 35 лет и старше*;

24) исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) (по показаниям)*;

25) консультация эндокринолога (по показаниям).

Для мужчины:

1) флюорография легких (действительна 1 год);

2) анализы крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, вирусный гепатит «В», гепатит «С» (действительны 6 мес.);

3) ИФА-инфекции: цитомегаловирус (IgM. IgG), вирус герпеса (IgM. IgG) I и II тип, (действительны 3 мес.);

4) микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму; микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад; (действительны 3 месяца);

5) исследование эякулята, в случае выявления агглютинации сперматозоидов проводится смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов (действительно 3 мес.);

6) консультация врача уролога;

7) консультация фтизиатра (по показаниям)*.

*- проводится за счет средств областного бюджета Костромской области

Протокол
заседания комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО /
криопереноса пациенткам за счет средств ОМС

№ _____

« ____ » _____ 20__ г.

Председатель комиссии:

Заместитель председателя комиссии:

Секретарь:

Члены комиссии:

Ф.И.О. пациентки
(полностью)

Дата рождения _____

Адрес _____

Основной диагноз: _____

Код по МКБ – 10 _____

Заключение: по данным медицинской документации пациент нуждается:
- в проведении процедуры ЭКО / криопереноса за счет средств ОМС в

_____ (наименование медицинского учреждения, куда направляется пациентка)

_____ - рекомендовано дообследование (необходимый объем обследования, диагноз, код диагноза по МКБ -10, наименование медицинской организации)

Председатель комиссии:

Зам.председателя комиссии:

Члены комиссии:

Приложение №5
к приказу департамента
здравоохранения
Костромской области
от 21.10. 2019 г. № 550

Направление для проведения процедуры ЭКО / криопереноса
в рамках базовой программы ОМС

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

(ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО/ криопереноса)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

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

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации / места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО/ криопереноса)

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО/ криопереноса)

Департамент здравоохранения Костромской области

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения выдавшего направление)

г.Кострома, ул.Свердлова 129, тел.(4942) 316914, факс (4942)316981
(адрес, тел., факс, адрес эл.почты)

(ФИО должностного лица)

М.П.

Председатель комиссии
(должность)

Форма выписки из медицинской карты амбулаторного больного № _____
(вариант для заполнения)

Адрес учреждения: (указать адрес медицинской организации)

Телефон: (указать телефон медицинской организации)

E-mail: (указать email медицинской организации)

Ф.И.О. (указать ФИО пациента)

Дата рождения (указать дату рождения пациента)

Место жительства: (указать место постоянной регистрации)

Номер, серия полиса ОМС, название страховой компании.

СНИЛС:

Пациентка ФИО, возраст направляется в _____ (название медицинской организации) для:

1. проведения программы ЭКО и ПЭ за счет средств ОМС.

2. консультации по вопросу о возможности проведения программы ЭКО и ПЭ за счёт средств ОМС.

(возможно два варианта)

Жалобы: _____ (указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данной ж/к).

Аллергологический анамнез, включая информацию о гемотрансфузиях

Наследственный анамнез, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т.д.

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при половой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

Менструальная функция:

Семейный анамнез:

Контрацепция:

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

(перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

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

Год	Беременность	Особенности течения

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

2. Группа крови резус фактор – дата анализа.

3. Клинический анализ крови – дата анализа.

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

4. Общий анализ мочи - дата анализа:

5. Биохимический анализ крови - дата анализа.

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

6. Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		

АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ (Каолин)		
Фибриноген		
тромбиновое время		

Заключение:

Возможно проведение тех показателей коагулограммы, которые проводятся по месту жительства.

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

7. Гормональное обследование: дата анализа – 3 й - 5й день менстр. цикла

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Е2		
пролактин		
кортизол		
тестостерон		
Т3 своб.		
Т4 своб.		
ТТГ		
прогестерон – 20-22 день цикла дата		
Анти-Мюлеров гормон		
Соматотропный гормон		

8. ПЦР анализ на ИППП: дата анализа

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена

9. 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	

10. Мазок на флору – дата анализа.

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

11. Кольпоскопия дата, заключение:

Мазок на онкоцитологию – дата, заключение:

12. УЗИ органов малого таза: на 5-7 дни цикла: - дата исследования.

Заключение:

13.ЭКГ дата исследования. Заключение:

При выявлении патологии - Консультация кардиолога. Диагноз: _____

Заключение:

противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет

14.ФЛГ легких. Дата исследования. Заключение:

15.Консультация терапевта: дата осмотра. Диагноз: практически здорова. (при выявлении патологии указать диагноз: хр. пиелонефрит в стадии ремиссии, дискинезия желчевыводящих путей).

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

(обязательна у каждой пациентки).

При проведении объективного обследования и выявлении патологии молочных желез и щитовидной железы рекомендовано дополнительное обследование:

УЗИ молочных желез - дата исследования (дать описание). Заключение:

Консультация маммолога. Диагноз: _____. Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

УЗИ щитовидной железы - дата исследования. Заключение:

При выявлении патологии (эутиреоз, экзогенно-конституциональное ожирение 1-2 степени) -

Консультация эндокринолога. Диагноз: _____. Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

Консультация инфекциониста (ВИЧ-инфицированным пациентам). Диагноз: _____.

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

Муж (партнёр) _____, дата рождения.

1.

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.		
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

2. ФЛГ дата исследования. Заключение:

3. Группа крови резус фактор – дата анализа.

4. Мазок на флору из уретры – дата анализа.

5. ПЦР анализ на ИППП: дата анализа

6. Консультация инфекциониста (ВИЧ-инфицированным пациентам). Диагноз: _____.

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет.

7.

Инфекция	результат
уреаплазма	не обнаружена
хламидии	не обнаружена
микоплазма	не обнаружена

8.

Спермограмма		Дата: анализа		
Параметры		Норма ВОЗ	Параметры	Норма ВОЗ
Воздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл	≥ 20 млн/мл

Время разжижения	< 60 мин	Кол-во сперматозоид. в эякуляте	≥ 40 млн/мл
Объем эякулята	2-4 мл	Подвижных	$\geq 50\%$
Вязкость	N	Из них: быстрых прогрессивных «а»	$\geq 25\%$
Цвет	серо-молоч.	средних «в»	
РН	7,2-7,8	медленных «с»	
Агглютинация	нет	неподвижных	$< 50\%$
Лейкоциты	< 1 млн/мл	Средняя прогрессивная скорость сперматозоид. «а»	
Спермоцитограмма			
Сперматозоиды в нормальной морфологией (Норма ВОЗ $\geq 30\%$)		Сперматозоиды с патологической морфологией	
		1. головки	
Сперматиды		2. шейки	
Особенности:		3. хвоста	
		4. смешанного типа	

Заключение (пример): Нормоспермия

9. Консультация уролога: дата осмотра. Диагноз:

Клинический диагноз (пример):

Основной: Бесплодие I (II), обусловленное трубным фактором (эндокринным, цервикальным, маточным, иммунологическим, мужским).

В диагнозе указать (пример):

Состояние после удаления маточных труб, справа (слева).

Хронический двусторонний сальпингоофорит (сальпингит) с нарушением проходимости маточных труб в (проксимальных или дистальных отделах).

Спаечный процесс малого таза.

Поликистозные яичники.

Дисфункция яичников.

Эндометриоз.

Миома матки.

Сопутствующий:

все имеющиеся экстрагенитальные заболевания.

Шифр по МКБ X:

Лечащий врач

Зав. женской консультацией или председатель ВК

(зав. отделением)

Главный врач

Печать лечебного учреждения

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение №7
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от д 1.10. 2019 г. № 550

ЛИСТ ОЖИДАНИЯ НА ПРОЦЕДУРУ ЭКО/криоперенос

№	шифр пациента	Дата подачи документов в ДЗО	Наименование организации	медицинской
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(ф.и.о. пациента)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Контактный телефон _____

Документ удостоверяющий личность _____

серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи " ____ " _____ г.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных департаменту здравоохранения Костромской области (далее – Оператор), расположенному по адресу: 156029, г.Кострома, ул.Свердлова, д.129

а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ со всеми данными, которые находятся в распоряжении Оператора с целью исполнения полномочий Оператора в направлении медицинской документации на рассмотрение в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств федерального бюджета, а также предоставления сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:
фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие);
паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность;
дата рождения, место рождения;
данные документов об инвалидности (при наличии);
данные медицинского заключения;
адрес места жительства (по регистрации и фактический), дата регистрации по указанному месту жительства;
номер телефона (стационарный домашний, мобильный);
данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
данные страхового медицинского полиса обязательного страхования граждан.
2. Перечень действий, на совершение которых дается согласие:

Разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу) посредством специализированной информационной системы, осуществлять их обмен с федеральными медицинскими организациями, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

В случае недееспособности, в том числе до достижения 18-летнего возраста, согласие на обработку моих персональных данных дает законный представитель.

Приложение №9
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от 21.10. 2019 г. № 550

Председателю Комиссии В.Г. Стрелец

от _____
(Ф.И.О. полностью)

тел. _____
" _____ " _____ года рождения
проживающей по адресу: _____

паспорт: серии _____ № _____
выдан « _____ » _____ года
кем: _____

Заявление

Прошу выдать мне направление на проведение процедуры
экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) / криопереноса
в _____

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

Приложение №10
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от 21.10. 2019 г. № 550

Сведения о пациентах с различными формами бесплодия, состоящих на учете

Наименование медицинской организации	ФИО пациентов	Диагноз	Дата постановки на учет