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).

00022

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.Шалягина

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к приказу
Министерства здравоохранения
Ульяновской области
09.04.2024 № 20-п

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. Информирует 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-Д

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-Л

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-П

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;
- антимюллерова 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 Б (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);
- уреаплазму (Ureaplasma urealyticum,Ureaplasma parvum);
- трихомонады (Trichomonas vaginalis);
- гарднереллы (Gardnerellavaginalis) (срок действия 6 месяцев).

3.20. Определение основных групп крови (АВО) 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, мочевина, 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» (MARтест) (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 р24 в крови (срок действия 3 месяца).

4.6. Определение суммарных антител классов М 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 genitaliurn);
- уреаплазму (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).

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу
Министерства здравоохранения
Ульяновской области
09.04.2024 № 20-п

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)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
к приказу
Министерства здравоохранения
Ульяновской области
09.04.2024 № 20-П

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 клинике ЭКО

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу
Министерства здравоохранения
Ульяновской области
09.04.2024 № 20-п

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.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу
Министерства здравоохранения
Ульяновской области
09.04.2024 № 20-л

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.