



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

П Р И К А З

от **02 декабря 2019 года**

№ 1062

г. Анадырь

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, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов в Чукотском автономном округе, утверждённой постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 22 декабря 2017 года № 462, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 01 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

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) в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму заявления о согласии на обработку персональных данных пациента при направлении на процедуру ЭКО или криопереноса, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.4. Форму Протокола Врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения по вопросу направления пациента для проведения процедуры ЭКО или криопереноса, согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.5 Форму Листа ожидания процедуры ЭКО или процедуры криопереноса Чукотского автономного округа (далее – ЛО), согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.6. Форму «Направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС», согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.7. Форму «Направление для проведения процедуры криопереноса за счет средств ОМС», согласно приложению 6 к настоящему приказу.

2. Сектору по организации медицинской помощи детям и матерям Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа обеспечить формирование и ведение ЛО с указанием очередности и персонального шифра гражданина без персональных данных, а также выдачу направлений для проведения ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС.

3. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» (далее – ГБУЗ «Чукотская окружная больница») (Острась М.А.) и руководителям медицинских организаций, подведомственных ГБУЗ «Чукотская окружная больница»:

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. Назначить лиц, ответственных за организацию работы по направлению граждан на ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС.

3.3. 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.

3.4. Обеспечить:

- ведение учётной и отчётной документации по направлению пациентов на проведение ЭКО или криопереноса за счёт средств ОМС, согласно приложению 8 к настоящему приказу.

- предоставление отчетной документации в адрес Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа, ежемесячно до 5 числа месяца следующего за отчетным месяцем, в соответствии с приложением 8, в том числе по электронной почте: deti@dzo.chukotka-gov.ru.

4. Приказ Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 18 декабря 2018 года № 2551 «Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» считать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник Департамента



Е.В. Подлесный

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 30 августа 2012 года № 107н.

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. Пакет документов, состав которого определен 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.

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 раках базовой программы ОМС» или «Направление для проведения процедуры

криопереноса в рамках базовой программы ОМС», после чего направляется в медицинскую организацию, направившую документы.

9. 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.

Форма

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.

Приложение 3
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от 02.12.2019 г. № 1062

Форма

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 _____ /

_____ /

_____ /

_____ /

_____ /

_____ /

Приложение 4
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от 02.12.2019 г. № 1062

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.							
...							

Приложение 5
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от 02.12.2019 г. № 1062

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)

Приложение 6
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от 02.12.2019 г. № 1062

Форма

**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)

Приложение № 7
к приказу Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа
от 02.12.2019 г. № 1062

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.

