МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
г. Челябинск

от «23» 11 2015 г. № 1726

Об отборе, направлении и наблюдении пациентов в медицинских организациях Челябинской области при проведении лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках обязательного медицинского страхования

В соответствии с Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107 н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, проживающим на территории Челябинской области, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

Положение о Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее именуется – Положение);

Состав Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее именуется – Комиссия);

Форму протокола заседания Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

Алгоритм отбора, направления пациенток с бесплодием на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и последующего

Вход. № 1931
«03» 12 2015 г.
подпись

наблюдения в медицинских организациях Челябинской области;

Форму ежеквартального отчета медицинских организаций работающих в системе обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»;

Форму ежегодного отчета о деятельности медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий».

2. Начальнику управления организации медицинской помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Челябинской области Подлубной Л.В. обеспечить работу Комиссии.

3. Руководителям органов управления здравоохранением и медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области рекомендовать обеспечить соблюдение Алгоритма ведения пациенток с бесплодием, направления их на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и последующего наблюдения в медицинских организациях Челябинской области, утвержденного настоящим приказом.

4. Главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Челябинской области, главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр» Семенову Ю.А. обеспечить сбор и обработку информации об эффективности проведенного лечения.

5. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Бавыкину М.В.:

1) разместить на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети «Интернет» настоящий приказ;

2) обеспечить размещение электронной версии листов ожидания, которые формируются Комиссией, с указанием шифра пациента без персональных данных.

6. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 02.04.2013 года № 456 «Об отборе и направлении пациентов в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения».

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Челябинской области Сахарову В.В.

Министр здравоохранения
Челябинской области С.Л. Кремлев

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения
Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Положение
о Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

1. Общие положения

1.1. Комиссия Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее именуется – Комиссия) является коллегиальным совещательным органом, созданным в целях отбора и направления граждан (далее именуется – пациент) в медицинские организации для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее именуется-ЭКО) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее именуется – ОМС) или за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее именуется – ВМП).

1.2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, нормативными правовыми актами Челябинской области, настоящим приказом.

2. Полномочия Комиссии

2.1. Отбор и направление пациентов в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО.

2.2. Направление пациентов в медицинские организации Челябинской области для проведение дополнительного обследования и лечения.

2.3. Координация деятельности медицинских организаций государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения Челябинской области по вопросам организации отбора пациентов, нуждающихся в лечении с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее именуется – ВРТ).

2.4. Взаимодействие с медицинскими организациями, оказывающими гражданам медицинскую помощь с применением ВРТ.

2.5. Ведение мониторинга объемов и качества медицинской помощи гражданам с применением ВРТ.

3. Права Комиссии

3.1. Рассматривать на заседаниях Комиссии документы пациентов, нуждающихся в лечении с применением ВРТ.

3.2. Рассматривать спорные вопросы медицинской помощи пациентам с применением ВРТ, при необходимости, приглашать их (или их законных представителей) на заседания Комиссии, а так же лечащих врачей и руководителей медицинских организаций Челябинской области, оказывающих данный вид медицинской помощи.

3.3. Выдавать заключение комиссии о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента, с учетом противопоказаний и ограничений к применению лечения с использованием ВРТ, а также о необходимости проведения дополнительного обследования.

3.4. Выдавать направления в медицинские организации для проведения лечения с использованием ВРТ по форме в соответствии с Приложением 1 к настоящему приказу.

3.5. Давать рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента в случае отсутствия у него показаний к лечению с применением ВРТ.

3.6. Запрашивать в установленном порядке у руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения Челябинской области информацию, необходимую для решения вопросов, относящихся к компетенции Комиссии.

3.7. Срок подготовки решения Комиссии не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления комплекта документов.

4. Организация деятельности Комиссии

4.1. Комиссию возглавляет главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Челябинской области.

4.2. Секретарь Комиссии готовит и представляет на заседание Комиссии документы на каждого пациента, направленного на консультацию для решения вопроса о направлении пациента для проведения лечения с использованием ВРТ.

4.3. Прием документов проводится секретарем Комиссии на базе медико-генетической консультации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр» еженедельно по понедельникам и средам с 08.00 до 15.00. Заседание Комиссии проводится еженедельно по четвергам с 13.00.

4.4. Выписка из медицинской документации пациента в соответствии с Приложением 3 к настоящему Положению, оформленная лечащим врачом, должна содержать диагноз, код диагноза по МКБ-Х, сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных методах диагностики и лечения, рекомендации о необходимости и возможности проведения лечения с использованием ВРТ. При предоставлении выписки пациент предъявляет копии паспорта, страхового полиса, СНИЛС, согласие на обработку персональных данных,

информированное согласие на выбор медицинской организации для проведения лечения с использованием ВРТ.

4.5. Председатель Комиссии проводит заседание Комиссии.

Во время отсутствия председателя Комиссии его обязанности исполняет заместитель председателя.

4.6. Комиссия выносит решение на основании рассмотрения документов пациента.

4.7. Решение Комиссии оформляется протоколом по форме, утвержденной настоящим приказом.

4.8. Направление на проведение процедуры лечения с использованием ВРТ за счет средств ОМС (далее именуется - Направление), по форме согласно Приложению 1 к настоящему Положению, направляется в выбранную пациентом медицинскую организацию.

4.9. Направление пациентов, проживающих на территории Челябинской области, для проведения лечения с использованием ВРТ за счет средств ОМС осуществляется в соответствии с листами ожидания, которые формируются Комиссией.

Электронная версия листа ожидания с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных размещается на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области (eko.miac74.ru) с целью беспрепятственного контроля за движением очереди.

4.10. При обращении пациентов в медицинскую организацию и включении в протокол лечения медицинская организация направляет Сведения от медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО, по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (далее – Сведения) в Комиссию согласно Приложению 2 к настоящему приказу, на основании которых пациент исключается из листа ожидания с указанием в электронной версии листа ожидания информации о факте направления на лечение. Сведения от медицинской организации, оказавшей процедуру экстракорпорального оплодотворения (далее именуется – ЭКО), по форме согласно Приложению 2 к настоящему Положению должны быть направлены по почте, дополнительно посредством факсимильной связи, электронной почтой в отсканированном виде, в срок не более 2 (двух) рабочих дней с момента окончания программы ЭКО.

4.11. Комиссией ведется учет выданных Направлений и полученных Сведений от медицинской организации, оказавшей процедуру ЭКО, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

4.12. Выписка из протокола решения Комиссии в случае отказа в направлении на процедуру ЭКО (или направлении пациента на дообследование) направляется в медицинскую организацию по месту лечения и наблюдения пациента, в том числе посредством электронного взаимодействия или выдается на руки пациенту (его законному представителю, доверенному лицу).

4.13. Срок подготовки решения Комиссии не должен превышать 10 рабочих дней с момента поступления выписки из медицинской документации пациента в Комиссию.

4.14. В случае решения Комиссии о направлении пациента для проведения

процедуры ЭКО в рамках ВМП, пациент направляется в управление организации медицинской помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Челябинской области для оформления карты больного в информационно-аналитической системе Министерства здравоохранения Российской Федерации. Прием пациентов проводится еженедельно по понедельникам 14.00 до 16.00.

4.15. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться Комиссией в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

4.16. Информация о количестве пациентов, направленных на проведение процедуры ЭКО за счет средств ОМС, и сведения о выбранных ими медицинских организациях для проведения процедуры ЭКО, о количестве пациентов повторно включенных в лист ожидания Комиссией в течение 5 рабочих дней после подписания протокола представляется в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1826

Алгоритм отбора, направления пациенток с бесплодием на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и последующего их наблюдения в медицинских организациях Челябинской области

1. Общая часть

Медицинская помощь пациентам с использованием ВРТ оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной в медицинских организациях созданных как Центры вспомогательных репродуктивных технологий, либо в медицинских и иных организациях, имеющих в структуре лабораторию (отделение) вспомогательных репродуктивных технологий, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее - медицинские организации).

Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2012 года № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» (использования донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, криоконсервации и хранения своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов), производится в порядке, установленном законодательством.

2. Направление пациенток на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

Медицинская услуга ЭКО предоставляется супружеским парам с бесплодием:

1) при отсутствии медицинских противопоказаний для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения и вынашивания беременности;

2) при отсутствии ограничений для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.

Все пациентки с бесплодием перед направлением на лечение с использованием ВРТ проходят полное обследование по месту жительства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 30.08.2012г. № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий противопоказаниях и ограничениях к их применению». При необходимости пациентка направляется на консультативный прием по бесплодию в медико-генетическую консультацию Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр». После обследования и, при необходимости, проведения лечения, пациентам с бесплодием оформляется выписка из медицинской документации в соответствии с Приложением 1 к Алгоритму отбора, направления пациенток с бесплодием на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и последующего их наблюдения в медицинских организациях Челябинской области (далее – Алгоритм).

В случае направления пациента для проведения лечения с использованием ВРТ лечащий врач – акушер – гинеколог и/или секретарь Комиссии предоставляет пациенту перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО, из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее именуется – Перечень), а также знакомит с ограничениями к проведению ЭКО. Выбор пациента оформляется в письменном виде в соответствии с Приложением 2 к настоящему приказу.

Ограничениями к проведению программы ЭКО являются:

1. Снижение овариального резерва (по данным ультразвукового исследования яичников и уровня антимюллерова гормона в крови).

2. Состояния, при которых лечение с использованием базовой программы ЭКО неэффективно и показано использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства:

- неудачные повторные попытки проведения программы ЭКО (ИКСИ) (3 и более) при недостаточном ответе яичников на стимуляцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;
- неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;
- привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

3. Наследственные заболевания, сцепленные с полом, у женщин (гемофилия, мышечная дистрофия Дюшенна, ихтиоз, связанный с Х-хромосомой, амиотрофия невральная Шарко - Мари и другие).

Выписка из медицинской документации, оформленная лечащим врачом, с пакетом документов направляется на Комиссию, которая рассматривает документы, определяет показания, противопоказания и ограничения к применению процедуры ЭКО, и принимает решение о направлении пациента для проведения лечения в рамках обязательного медицинского страхования или в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, или направляет пациентку на дальнейшее обследование и лечение.

Направление пациентки для проведения процедуры ЭКО осуществляется в

соответствии с листами ожидания, которые формируются Комиссией.

3. Наблюдения пациенток в медицинских организациях Челябинской области

После проведения лечения с использованием ВРТ пациентке выдается выписка о проведенном лечении, и она направляется к врачу-акушеру-гинекологу медицинской организации по месту территориального прикрепления для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Всем пациенткам после поведения процедуры ЭКО не ранее чем на 21 день переноса эмбриона проводится ультразвуковое исследование с целью подтверждения клинической беременности. После проведения ультразвукового исследования независимо от результатов пациентка должна быть осмотрена заведующей женской консультацией по месту жительства.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациентке рекомендуется дополнительное обследование, диагностические и лечебные мероприятия по месту жительства с целью уточнения причины бесплодия.

В случае наступления беременности после лечения с использованием ВРТ все пациентки подлежат обязательному диспансерному учету для контроля за эффективностью проведенного лечения и исходом наступившей беременности. Диспансерное наблюдение за беременными осуществляется в медицинской организации в соответствии с действующим Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н с соблюдением маршрутизации, утвержденной региональными нормативно-правовыми актами.

После проведения скринингового ультразвукового исследования на сроках 11-13,6 недель, 18-22 недели, 30-34 недели проводится обязательный осмотр пациентки заведующей женской консультацией и/или главным специалистом акушером-гинекологом муниципального образования (по показаниям).

Скрининговое ультразвуковое исследование данным пациенткам на сроке 11-13,6 недель и 18-22 недели данным пациенткам проводится только в условиях межрайонных отделений пренатальной диагностики, при выявлении патологии беременная направляется в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр».

На сроках 12-14 недель, 22-24 недели, 34-36 недель беременности пациентки направляются в женскую консультацию Клиники Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации для проведения консультативного приема. Проведение консультирования возможно с использованием телемедицинских технологий. При проведении

консультирования на сроке 34-36 недель беременности определяется маршрутизация беременных на родоразрешение.

4. Родоразрешение

Родоразрешение беременных после процедуры ЭКО проводится в:

1. Межрайонных родильных домах:

1) Муниципальное медицинское лечебно-профилактическое учреждение Кыштымская центральная городская больница имени А.П. Силаева;

2) Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница№ 2» г. Миасса;

3) Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница г. Троицка и Троицкого района».

2. Межрайонных перинатальных центрах:

1) Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Родильный дом № 1» города Златоуста;

2) Муниципальное учреждение здравоохранение «Родильный дом № 2» города Магнитогорска;

3) Государственное бюджетное учреждение здравоохранение «Областная клиническая больница № 2» города Челябинска.

3. В учреждениях родовспоможения третьей группы:

1) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр»;

2) Клиника Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

С целью мониторинга осложнений при проведении лечения с использованием ВРТ в течение 3-х суток с момента завершения беременности или в течение 3-х суток с момента госпитализации пациенток с осложнениями после применения ВРТ, медицинские организации направляют «Карту сигнального извещения на случай осложнений при проведении лечения с использованием ВРТ или завершения беременности после проведения лечения с использованием ВРТ» (далее – Карта) в соответствии с приложением 2 к Алгоритму. Карта направляется в организационно-методический отдел Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», который проводит анализ эффективности лечения бесплодия и анализ осложнений при проведении лечения с использованием ВРТ.

5. Отчет

Медицинские организации, выполняющие процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

1) вносят данные о результатах лечения с использованием ВРТ в Программу «Мониторинг ВРТ», разработанную и утвержденную Федеральным

государственным бюджетным учреждением «Научно исследовательский институт охраны материнства и младенчества»;

2) ежеквартально подают Отчет медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» по форме утвержденной настоящим приказом;

3) ежегодно до 10 октября подают Отчет о деятельности медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» в предшествующем году по форме утвержденной настоящим приказом.

Отчеты направляются в управление организации медицинской помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Челябинской области.

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Состав Комиссии
Министерства здравоохранения Челябинской области
по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

Семенов Ю.А.	-	главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», к.м.н., председатель комиссии
Подлубная Л.В.	-	заместитель начальника управления организации медицинской помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Челябинской области, заместитель председателя
Баренбаум Ю.И.	-	терапевт Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», к.м.н. (по согласованию)
Бойко И.В.	-	заведующий медико-генетической консультацией Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», к.м.н. (по согласованию)
Мокринская Е.А.	-	главный специалист акушер-гинеколог управления здравоохранения Администрации города Челябинска, к.м.н. (по согласованию)
Орехова Е.В.	-	врач отделения ультразвуковой диагностики Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», к.м.н. (по согласованию)
Пудова Д.В.	-	врач акушер - гинеколог медико-генетической консультации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр», секретарь комиссии
Смирнова И.А.	-	консультант управления организации медицинской помощи детям и матерям Министерства здравоохранения Челябинской области

Сотрудники кафедр акушерства и гинекологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский Государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (по согласованию).

Сотрудники медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (по согласованию).

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

ПРОТОКОЛ

№ _____ от _____

заседания Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

Присутствовали:

Список пациенток, направленных на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Место регистрации или место жительства, телефон	Диагноз	Наименование медицинской организации для проведения ВРТ	Личный шифр пациента
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Список пациенток, направленных на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств федерального бюджета

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Место регистрации или место жительства, телефон	Диагноз	Наименование медицинской организации для проведения ВРТ	Личный шифр пациента
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Список пациенток, которым отказано в лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Место регистрации или место жительства, телефон	Диагноз	Причины отказа
1.					
2.					
3.					

Председатель комиссии:

Ответственный секретарь (секретарь):

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к Положению о Комиссии
Министерства здравоохранения
Челябинской области по отбору
и направлению пациентов в
медицинские организации для
проведения лечения с использованием
вспомогательных репродуктивных
технологий
утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Комиссия Министерства здравоохранения Челябинской области
по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

Направление для проведения процедуры лечения с использованием
вспомогательных репродуктивных технологий в рамках ОМС
№_____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) (первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

_____
(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

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

ул. Кирова, 165, г. Челябинск, 454091, Россия
(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

Тел. (8-351)263-52-62, факс 263-31-02 e-mail:deti@minzdrav74.ru

_____ М.П. _____
(ФИО должностного лица) (должность)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Положению о Комиссии
Министерства здравоохранения
Челябинской области по отбору
и направлению пациентов в
медицинские организации для
проведения лечения с использованием
вспомогательных репродуктивных
технологий
утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО
по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС

№_____от «_____» _____20____г.

_____
(наименование медицинской организации выполнившей процедуру ЭКО)

_____ _____ _____
(шифр пациента) (дата рождения) (возраст пациента)

_____ _____
(период проведения ЭКО) (результат проведенного лечения)*

_____ _____
(руководитель медицинской организации) М.П. (Ф.И.О.)

*Результаты проведенного лечения

Перенос эмбриона в полость матки, (беременность подтверждена по УЗИ/ результат отрицательный).

Протокол завершен на этапе стимуляции суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов.

Протокол завершен на этапе получения яйцеклетки.

Протокол завершен на этапе культивирования эмбрионов в программе ЭКО.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к Алгоритму отбора, направления пациенток с бесплодием на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и последующего наблюдения в медицинских организациях Челябинской области утвержденному приказом Министерства здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

(наименование медицинской организации)

ВЫПИСКА

из первичной медицинской документации для направления на лечение методом ВРТ

Дата выдачи ___ ____ 201___г.

1.Фамилия, Имя, Отчество_____

2.Дата рождения ____ ____ 19_____г. (возраст _____) 3. Пол женский

4.Адрес регистрации _____

5.Контактный телефон _____

6.Документ удостоверяющий личность паспорт: _____серия_____номер

7. СНИЛС ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

8.Страховой полис: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Наименование страховой компании: _____

9.Место работы_____

10.Данные анамнеза: Длительность бесплодия -

_____

Паритет: Б -_____ Р-_____А -_____В-_____прочее-_____

Гинекологический анамнез: _____

11.Проведенные ранее лечебные мероприятия и их результаты **(приложить выписку):** (с указанием года):

Оперативное лечение_____ 20 г._____

Лапароскопия __ ___ 201 г _____

Гистероскопия __ ___ 201 г _____

_____

Стимуляция овуляции, инсеминация_____

Информация о ранее проведенном лечении с применением ВРТ: 201 г

_____

МСГ ___ ___ 201 г. **(приложить снимки)** Заключение: Полость матки нормальной формы, порок развития_____

Маточные трубы проходимы (указать отдел трубы при непроходимости _____)

Аспирационная биопсия эндометрия: __ ___ 201 г. День м/ц:_____

_____

12.Данные лабораторных исследований:

Гормональный профиль ___ ___ 201 г.

На 2-5 день м.ц:	Результат	Норма лаборатории	На 19-21 день м.ц	Результат	Норма лаборатории
ФСГ			Прогестерон		
ЛГ			ТТГ		
АМГ					
Пролактин					

Возраст мужа _____ **лет.** **Анализ эякулята** от____ ___ 201 г.

Заключение андролога: Нормо Олиго Астено Терато Крипто Азооспермия (при наличии патологии приложить 2 спермограммы до и после лечения и выписку о проведенном лечении)

Инфекционный профиль (ПЦР)

Цитология шейки матки ___ ___ 201 г. без атипии_____

ИФА ВПГ(IgM_____ IgG _____), ИФА Краснуха (IgM_____ IgG_____)

	Chlamidia trachomatis Дата-результат	Mycoplazma genitalium Дата-результат	Neisseria gonorrhoeae Дата-результат	Trihomonas vaginalis Дата-результат
Женщина				
Мужчина				

	RW Дата - результат	ВИЧ Дата - результат	HBs Ag Дата - результат	HCV Дата - результат
Женщина				
Мужчина				

Группа крови_____, резус-фактор_____

Коагулограмма ___ ___ 201 г. _____

Терапевт ____ ___ 201 г.

Диагноз:_____

Генетик (старше 35 лет, при наличии показаний): ____ ___ 201 г.

_____

13.Данные инструментальных исследований:

УЗИ молочных желёз (R-маммография) Заключение: _____

Онколог-маммолог (при наличии патологии) __ ___ 201 г. _____

УЗИ щитовидной железы __ ___ 201 г. Заключение: _____

Эндокринолог (при наличии патологии) __ ___ 201 г. _____

Трансвагинальное УЗИ ____ ____ 201 г. (приложить заключение, протокол мониторинга овуляции). День менструального цикла: _____

Тело матки расположено: anv, anf, rtv, rtf, по средней линии, отклонено вправо, влево.

Размером _____ мм, _____ мм, _____ мм. Эхоструктура стенок матки: нормальная, изменена _____,

Эндометрий _____ мм, фаза пролиферации, секреции. Полость матки деформирована.

Правый яичник_____ мм, _____ мм, _____ мм. Фолликулы: _____

Левый яичник_____ мм, _____ мм, _____ мм. Фолликулы: _____

Оценка овариального резерва: сохранен, снижен.

Заключение: _____

Диагноз при направлении на лечение с использованием ВРТ. Основное заболевание (с

указанием кода по МКБ X)

_____

_____

Лечащий врач:_____ **Печать медицинского учреждения**

Подпись Фамилия И.О.

Заключение врача - эксперта:_____

_____

Дата консультации: ____ ____ 201 г. _____ _____

Подпись Ф.И.О. Печать

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Алгоритму отбора, направления
пациенток с бесплодием на лечение с
использованием вспомогательных
репродуктивных технологий и
последующего наблюдения в
медицинских организациях
Челябинской области
утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Карта сигнального извещения на случай осложнений при проведении лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) или завершения беременности после проведения лечения с использованием ВРТ (ЭКО)

Название медицинской организации (гинекологическое отделение, родильный дом)

_____

Ф.И.О. пациентки_____

Дата и место проведения ЭКО_____

Дата поступления в стационар_____

Многоплодная беременность _____

Причина госпитализации и исходы ЭКО:

1. Осложнение стимуляции суперовуляции, пункции фолликулов и пр. указать_____

2. Исходы беременности: самопроизвольный аборт (срок)_____, неразвивающаяся беременность (срок)_____, прерывание беременности до 12 недель по мед. показаниям со стороны матери (срок)_____, прерывание беременности до 12 недель по мед показаниям со стороны плода, в т.ч. ВПР (срок)_____, прерывание беременности до 21 недели по мед. показаниям со стороны матери (срок)_____, прерывание беременности до 21 недели по мед показаниям со стороны плода, в т.ч. ВПР (срок)_____, преждевременные роды в 22-28 недель_____, досрочное родоразрешение по поводу ВПР плода на сроке 22-28 недель_____, Преждевременные роды в 29-37 недель_____, срочные роды_____

3. Кесарево сечение_____

4. Информация о новорожденном:

Мертворожденный (антенатально, интранатально) рост_____, вес_____

Живорожденный рост_____, вес_____,

ВПР плода (диагностирован аненатально или пропущен, указать ВПР)_____

Умер в раннем неонатальном периоде_____(на_____сутки),

В позднем неонатальном периоде_____

Дата _____

Заведующий отделением_____

Карты подаются на все случаи осложнений после ЭКО и исходов в течение 3-х суток с момента обращения в медицинскую организацию.

Карты передаются по факсу или письменно в организационно-методический отдел ГБУЗ ОПЦ г. Челябинск, ул. Тимирязева, д.17, тел./факс 8(351) 264-54-63.

Электронный адрес: omo-chelopc@mail.ru

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Форма

Отчет медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»

Срок предоставления информации: ежеквартально
Название медицинской организации_____
Поступило пациенток по направлению комиссии_____
Пролечено пациенток всего –
В процессе лечения (продолжают проходить подготовку и лечение) –
Ожидают проведения процедуры –

	Пролечено пациенток, за счет средств ОМС всего	
	ЭКО[1]	ИКСИ[1]
Начатых циклов		
Пункций / аспираций		
Переносов, всего		
Беременностей, всего[2]		
В т.ч. эктопическая беременность		
Самопроизвольный аборт до 12 недель		
Неизвестных исходов беременностей		

Осложнения лечебных циклов ВРТ, потребовавшие госпитализации

Виды осложнений	Число случаев
Синдром гиперстимуляции яичников (средней и более тяжелой степени)	
Осложнения пункции фолликулов (всего):	
в т.ч. кровотечения	
инфекция	
Летальные исходы (всего, указать причину)	
в т.ч. материнская смертность (документально подтвержденная, указать причину)	
Редукция числа плодов, число операций	

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Форма

Отчет о деятельности медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования по оказанию медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» в предшествующем году

Срок предоставления информации: ежегодно в срок до 10 октября

	Пролечено пациенток, всего		В т.ч. за счет средств ОМС	
	ЭКО[1]	ИКСИ[1]	ЭКО[1]	ИКСИ[1]
Начатых циклов				
Пункций / аспираций				
Переносов, всего				
Беременностей, всего[2]				
В т.ч. эктопическая беременность				
Самопроизвольный аборт до 12 недель				
Самопроизвольный аборт на сроке 13-21неделя				
Родов, всего				
В том числе преждевременных				
Состоят на диспансерном учете по беременности				
Неизвестных исходов беременностей				

[1] Циклы, в которых применялась комбинация ЭКО и ИКСИ, следует отнести к ИКСИ.

[2] В соответствии с определением Всемирной Организации Здравоохранения диагноз «Клиническая беременность» устанавливается при наличии клинических или ультразвуковых признаков (ультразвуковая визуализация плодного яйца на 21 день переноса эмбриона) и включает эктопическую беременность. Случаи многоплодия или гетеротопические беременности учитываются как одна клиническая беременность. Биохимические беременности, в дальнейшем не подтвержденные УЗИ, НЕ УЧИТЫВАЮТСЯ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

ОБРАЗЕЦ

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных

даю согласие Комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по отбору и направлению пациентов в медицинские организации для проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

документ, удостоверяющий личность: _____
вид документа, № документа, когда и кем выдан

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон _____

Наименование страховой медицинской организации, серия и номер полиса обязательного медицинского страхования пациента
(при наличии) _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена). На передачу лично мне сведений по телефонам, указанным в заявлении, согласен (согласна).

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Подпись пациента _____/_____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента _____
зарегистрированы.

_____ _____
(Дата приема) (подпись специалиста)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Министерства
здравоохранения Челябинской области
от «23» 11 2015 г. № 1726

Заявление о выборе медицинской организации для проведения лечения с использованием вспомогательных
репродуктивных технологий в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи

Я, _____
(Ф.И.О.)
"__" _____г. рождения, зарегистрированная по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
ознакомлена с перечнем медицинских организаций осуществляющих лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и прошу направить меня на лечение
в_____
(название медицинской организации),
_____

_____
(Ф.И.О., подпись, контактный телефон)

Дата_____