****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МАРИЙ ЭЛ РЕСПУБЛИКЫН****ТАЗАЛЫК АРАЛЫМЕ****МИНИСТЕРСТВЫЖЕ** |  | **МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ** |

**П Р И К А З**

«19» июня 2018 г. № 1001

**О Порядке применения вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов**

В целях совершенствования качества оказания медицинской помощи пациентам с бесплодием на основании Постановления Правительства Республики Марий Эл от 28 декабря 2017 г. № 486 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 г. № 107н (зарегистрирован в Минюсте РФ 12.02.2013 г.; регистрационный № 27010) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» с изменениями внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 февраля 2018 г № 43н, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 октября 2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ» с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 августа 2017г. № 525н, от 01 февраля 2018г. №42н, информационно-методического письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2013 г. «О направлении граждан Российской Федерации для проведения процедуры ЭКО», информационно – методического письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2018г. №15-4/682-07 «О совершенствовании медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ»

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок применения вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл (приложение № 1 к настоящему Приказу).

2. Утвердить модели законченных случаев оказания медицинской помощи пациентам с бесплодием с применением вспомогательных репродуктивных технологий (приложение № 2 к настоящему Приказу).

3. Признать утратившими силу приказ Министерства здравоохранения Республики Марий Эл от 01 марта 2013 года № 294а.

4. Начальнику медицинского информационно-аналитического центра Королевой Т.Е. обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Марий Эл.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра Министерства здравоохранения Республики Марий Эл Бастракову Т.А.

Министр М.В.Панькова

Согласовано:

Главный специалист-эксперт Г.А.Фантрова

С приказом ознакомлен:

Дробышев В.А.

8(8362)222183

 Приложение №1

к приказу Минздрава

Республики Марий Эл

от 19.06. 2018 г. №1001

ПОРЯДОК

применения вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с бесплодием, в том числе: женским бесплодием, связанным с отсутствием овуляции; женским бесплодием трубного происхождения; женским бесплодием маточного происхождения; женским бесплодием цервикального происхождения; женским бесплодием, связанным с мужскими факторами; другими формами женского бесплодия; женским бесплодием неуточненным, с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий Эл,

3. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), как базовая программа ВРТ, представляет собой метод лечения бесплодия, при применении которого все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма.

4. Перечень показаний и противопоказаний к применению методов ВРТ, этапы базовой программы ЭКО установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (далее – Приказ Минздрава России № 107н).

4. ИКСИ (интраплазматическая иньекция сперматозоида в ооцит) представляет собой один из этапов ЭКО, который применяется при женском бесплодии, связанном с мужскими факторами.

5.Законченными случаями базовой программы ЭКО, подлежащими оплате за счет средств ОМС, являются случаи, соответствующие модели пациента согласно Приложению №2 к настоящему Приказу.

6.Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО по направлению в рамках базовой программы ОМС, не предусмотренных Стандартом (использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, криоконсервация гамет (ооцитов, сперматозоидов), производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

7.Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования при постановке на учет по беременности.

 II. Порядок отбора пациентов для включения в программу ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования.

1. Основанием для включения пациента в программу ЭКО является направление (приложение № 1 к настоящему Порядку) для проведения процедуры ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования (далее –ОМС), выданное Комиссией Министерства здравоохранения Республики Марий Эл по отбору больных для проведения процедуры ЭКО (далее – Комиссия).

При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

С целью отбора на ЭКО в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Марий-Эл, предусматривающей оплату базовой программы ЭКО за счет средств обязательного медицинского страхования, выписка из медицинской документации пациентов с диагнозом бесплодие лечебными учреждениями направляется в Комиссию по отбору больных для проведения процедуры ЭКО при Министерстве здравоохранения Республики Марий Эл.

Обследование пациентов осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медицинской помощи врачом акушером-гинекологом (для женщин) и врачом урологом (для мужчин с отклонениями в спермограмме) в женской консультации или поликлинике по месту наблюдения пациента, в объеме, утвержденном Приказом Минздрава России № 107н и приказом Минздрава России от 30.10.2012 г. № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ» (далее – Стандарт) после консультации врача акушера-гинеколога, имеющего подготовку по вопросам репродукции, (или врача - уролога для мужчин) ГБУ РМЭ «Медсанчасть №1», осуществляющего амбулаторный прием пациентов с бесплодием и ведущего соответствующий реестр.

 Основанием для госпитализации пациентов в дневной стационар гинекологического отделения №2 с целью переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки (при наличии криоконсервированных ранее эмбрионов)

является направление врача акушера-гинеколога женской консультации по месту наблюдения или врача акушера – гинеколога, имеющего подготовку по вопросам репродукции женской консультации ГБУ РМЭ «Медсанчасть №1».

2. Решение о включении в реестр пациентов, подлежащих лечению бесплодия методом ЭКО, осуществляется на основании следующих критериев:

а) оценки эндокринного статуса и овариального резерва яичников (определения уровня пролактина, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4 свободного, анти ТПО, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, ДГЭАS, АМГ), ультразвукового трансвагинального исследования матки и придатков;

условия отбора: уровень АМГ не менее 1,0нг/мл, уровень ФСГ не более 14 МЕ;

б) оценки проходимости маточных труб и состояния органов малого таза путем лапароскопии или гистеросальпингографии;

условия отбора: отсутствие сактосальпинксов;

в) оценки состояния полости матки и эндометрия путем ультразвукового трансвагинального исследования матки (эндометрия), гистероскопии и биопсии тканей матки (эндометрия);

условия отбора: отсутствие патологии полости матки (перегородки, синехий, полипов, субмукозныхмиоматозных узлов), а также интерстициальных и субсерозных узлов более 4 см, гистологически подтвержденное нормальное состояние эндометрия (при условии, что биопсия проведена с 7 по10 день менструального цикла не позднее 1года);

г) оценки результатов исследования эякулята мужа (партнера).

условия отбора: спермограмма без отклонений от нормы, за исключением случаев женского бесплодия, связанного с мужскими факторами. В этом случае необходимо заключение врача уролога-андролога о необходимости и возможности проведения ИКСИ;

д) оценки результатов обследования мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций;

условия отбора: отсутствие урогенитальных инфекций в течение 6 месяцев.

 Кроме того, при подготовке к программе ЭКО пациентам (мужчинам и женщинам) с целью определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ в женской консультации или поликлинике по месту наблюдения пациента осуществляется:

а) определение антител к бледной трепонеме в крови;

б) определение антител класса M, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С, определение антигенов вируса простого герпеса в крови;

в) микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандида, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад;

г) микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму;

д) молекулярно-биологическое исследование на вирус простого герпеса 1 и 2 типа, на цитомегаловирус.

 Женщинам дополнительно выполняется:

а) общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза);

б) общий анализ мочи;

в) определение антител класса M, G к вирусу краснухи в крови;

г) микроскопическое исследование влагалищных мазков;

д) цитологическое исследование шейки матки;

е) ультразвуковое исследование органов малого таза;

ж) флюорография легких (для женщин, не проходивших это исследование более 12месяцев);

з) регистрация электрокардиограммы;

и) консультация врача-терапевта.

к) женщинам после 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных желез.

л) женщинам, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей, назначается осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование).

м) при выявлении эндокринных нарушений назначается осмотр Генетическое обследование одного или обоих родителей, а также преимплантационная генетическая диагностика осуществляются за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников.

 Мужьям (партнерам) женщин выполняется исследование эякулята.

3. При выявлении патологии органов малого таза, требующих хирургического лечения, на этапе оказания специализированной медицинской помощи пациенткам выполняется лапароскопия и гистероскопия.

В случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия. Миоматозные субмукозные узлы любых размеров, а также субсерозные и интерстициальные узлы размерами более 4 см, способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляются. При обнаружении во время гистероскопии полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия.

4. Для подготовки к криопереносу необходимо пройти обследование:

а) общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза);

б) общий анализ мочи;

в) микроскопическое исследование влагалищных мазков;

г) RW (микрореакция), ВИЧ, НВsAg, ВГС;

д) цитологическое исследование шейки матки;

е) кольпоскопия;

ж) флюорография;

и) заключение терапевта о состоянии здоровья:

к) исследование молочных желез,

л) ультразвуковое исследование органов малого таза.

5. В срок не более 2 рабочих дней с момента окончания программы ЭКО медицинская организация направляет Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуру ЭКО по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (приложение № 2 к настоящему Порядку) в Комиссию Министерства здравоохранения Республики Марий Эл по отбору больных для проведения процедуры ЭКО, выдавшую направление, в отсканированном виде.

6. На применение ЭКО имеют право мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина (далее – пациенты).

7. С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, не допускается проведение более 2-х сопровождающихся стимуляцией суперовуляции, (при криопереносе – не более 4-х) попыток в год.

8. Оказание медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием ВРТ проводится на основе обоюдного информированного добровольного согласия мужчины и женщины, либо информированного добровольного согласия одинокой женщины в соответствии с приложением № 12 к Приказу Минздрава России № 107н.

9. Выполнение процедуры ЭКО в Республике Марий Эл пациентам с бесплодием осуществляется на базе стационара дневного пребывания гинекологического отделения № 2 ГБУ РМЭ «Медсанчасть № 1».

10. Организация деятельности отделения осуществляется в соответствии с приложением № 1 к Приказу Минздрава России № 107н «Положение об организации деятельности центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий».

11. В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО беременная женщина обеспечивается необходимой медицинской помощью, в том числе диспансерным наблюдением по желанию пациентки либо в ГБУ РМЭ «Медсанчасть № 1», либо в ГБУ РМЭ «Перинатальный центр», либо в женской консультации по месту прикрепления.

12. С целью получения достоверной статистической информации учреждение, осуществлявшее диспансерное наблюдение женщины, у которой беременность наступила в результате процедуры ЭКО, обязано проинформировать главного внештатного специалиста по репродуктивному здоровью Министерства здравоохранения Республики Марий Эл об исходе беременности.

III. Порядок применения базовой программы ВРТ - экстракорпорального оплодотворения.

1. Показаниями для проведения базовой программы – ЭКО, ЭКО + ИКСИ, криоконсервация эмбрионов, внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона является женское бесплодие, не поддающееся консервативному и оперативному лечению, проведенному с целью коррекции нарушений репродуктивной функции женщины в течение 12 месяцев с момента установления диагноза. Пациентам с бесплодием, связанным с мужским фактором, показано проведение базовой программы ЭКО + ИКСИ. При наличии неиспользованных в данном цикле ЭКО эмбрионов, или при отмене переноса эмбрионов в данном цикле ЭКО (при угрозе развития синдрома гиперстимуляции яичников) – все эмбрионы криоконсервируются. Перенос криоконсервированных эмбрионов осуществляется в одном из последующих менструальных циклах.

2. На пациентов, отобранных на базовую программу ЭКО, оформляется вкладыш в «Медицинскую карту стационара дневного пребывания в больнице» в соответствии с приложением № 3 к Приказу Минздрава России № 107н.

3. В случаях криопереноса осуществляется госпитализация в стационар дневного пребывания продолжительность на один день с оформлением «Медицинской карты стационара дневного пребывания в больнице»

4. Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:

а) стимуляция суперовуляции с применением лекарственных препаратов следующих фармакологических групп: гонадотропинов, антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, хорионического гонадотропина, агонистов гонадотропин-рилизинг гормона, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции;

б) пункция фолликулов яичника трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения яйцеклеток с обезболиванием (при невозможности выполнения трансвагинального доступа ооциты могут быть получены лапароскопическим доступом), при этом метод обезболивания определяется врачом анестезиологом-реаниматологом при условии получения информированного добровольного согласия пациентки;

в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера);

г) ИКСИ (интраплазматическая иньекция сперматозоида в ооцит) при бесплодии, связанном с мужским фактором;

д) культивирование эмбрионов;

е) внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (в полость матки одновременно следует переносить не более 2 эмбрионов; решение о переносе 3 эмбрионов принимается пациенткой посредством дачи отдельного информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске невынашивания беременности;

ж) криоконсервация эмбрионов с отдельным предварительным оформлением обоюдного информированного добровольного согласия мужчины и женщины, либо информированного добровольного согласия одинокой женщины и договора на криоконсервацию эмбрионов с указанием срока их хранения;

з) размораживание криоконсервированных эмбрионов и перенос их в полость матки (не более 4-х крипереносов в год).

5. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов. Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 дня после переноса эмбрионов. При этом оценка эффективности ЭКО осуществляется на основании наступившей беременности, подтвержденной ультразвуковым исследованием при взятии на учет.

6. В случае диагностики многоплодной беременности в целях профилактики осложнений во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанных с многоплодием, может быть проведена операция по уменьшению числа развивающихся эмбрионов (редукция эмбрионов) при наличии информированного добровольного согласия беременной в соответствии с Приложением N 13 к Приказу Минздрава России № 107н. Число эмбрионов, подлежащих редукции, определяется женщиной с учетом рекомендаций лечащего врача. Выбор сохраняемых и подлежащих редукции эмбрионов должен проводиться с учетом данных ультразвукового исследования, характеризующих их состояние, в сроки до 12 недель беременности. Доступ к эмбрионам (трансвагинальный, трансцервикальный, трансабдоминальный) и метод прекращения их развития выбирается в каждом конкретном случае лечащим врачом.

Абсолютными противопоказаниями для проведения операции по уменьшению числа развивающихся эмбрионов являются острые воспалительные заболевания любой локализации. Относительным противопоказанием для проведения операции по уменьшению числа развивающихся эмбрионов является угроза прерывания беременности.

IV. Порядок применения ИКСИ

1. Показаниями для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита являются:

а) тяжелое нарушение сперматогенеза;

б) эякуляторная дисфункция;

2. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются:

а) обструктивная азооспермия;

б) эякуляторная дисфункция, в том числе ретроградная эякуляция.

3. Противопоказаниями для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

4. Выбор оптимального способа получения сперматозоидов осуществляется врачом - урологом.

5. Перед переносом эмбрионов в полость матки по показаниям (возраст пациентки старше 35 лет; 3 и более неудачные попытки ЭКО с переносом эмбрионов хорошего качества в анамнезе; изменение морфологии блестящей оболочки, использование криоконсервированных эмбрионов) рекомендуется производить рассечение блестящей оболочки (хэтчинг).

6. При высоком риске рождения детей с наследственными заболеваниями рекомендуется проведение преимплантационной генетической диагностики.

7. Преимплантационная генетическая диагностика осуществляется за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

V. Порядок криоконсервации и переноса эмбрионов.

1. Забор эмбрионов для криоконсервации осуществляется в рамках оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

2. Криоконсервация и хранение эмбрионов осуществляется в криохранилищах, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по забору, криоконсервации и хранению половых клеток.

3. Хранение и транспортировка (в случае необходимости) криоконсервированных эмбрионов осуществляется за счет личных средств граждан и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением средств ОМС.

4. Показаниями для криконсервации эмбрионов являются:

а) необходимость хранения эмбрионов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с использованием ВРТ;

б) хранение эмбрионов по желанию пациента.

5. Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот.

Медицинская организация несет ответственность за соблюдение условий криоконсервации и хранения криоконсервированных эмбрионов.

6. По письменному заявлению пациента криоконсервированные эмбрионы могут быть выданы на руки пациенту, у которого был осуществлен забор биоматериала или его законному представителю.

 При выдаче биоматериала пациенту для транспортировки необходимо оформление сопроводительного письма, в котором должны быть указаны:

а) дата криоконсервации с конкретизацией биоматериала;

б) Ф.И.О. мужчины и женщины, чьи половые клетки использовались для оплодотворения;

в) качество замороженного биоматериала;

г) среда для криоконсервации и хранения биоматериала;

д) дата выдачи биоматериала для транспортировки;

е) подпись лица, принявшего биоматериал для транспортировки.

7. При проведении программы ЭКО с использованием криоконсервированных эмбрионов осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациенток по форме согласно приложению № 10 к Приказу Минздрава России № 107н.

Приложение № 1

к Порядку применения

вспомогательных репродуктивных

технологий в рамках Программы

государственных гарантий

 бесплатного

оказания гражданам медицинской

помощи в Республике Марий Эл

Направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. 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 органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. должностного лица) (должность)

М.П.

Приложение № 2

к Порядку применения

вспомогательных репродуктивных

технологий в рамках Программы

государственных гарантий

 бесплатного

оказания гражданам медицинской

помощи в Республике Марий Эл

СВЕДЕНИЯ

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

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(период проведения ЭКО) (результат проведенного лечения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(руководитель медицинской организации) (Ф.И.О.)

М.П.

Приложение №2

к приказу Минздрава

Республики Марий Эл

от 19.06. 2018 г. №1001

Модели

 пациентов при проведении ЭКО, в том числе отдельных его этапов

**Модель пациента 1 Полный цикл ЭКО без криоконсервации эмбрионов (протокол с антагонистами или с агонистами**

**гонадотропин - рилизинг гормона).**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 16 – 20 дней (протокол с антагонистами ),

- 26 – 30дней (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЭтапЭКО | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |
| 2. | А11.20.019 | Получение яйцеклетки. |
| 3. | А11.20.027А11.20.028А11.30.012 | Экстракорпоральное оплодотворение,Культивирование эмбрионов,ИКСИ при женском бесплодии, связанным с мужским фактором. |
| 4. | А11.20.030 | Внутриматочное введение эмбрионов. |

**Модель пациента 2 Три этапа ЭКО и криоконсервация эмбрионов (протокол с агонистами или с антагонистами гонадотропин -рилизинг гормона)**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 12 – 14 дней (протокол с антагонистами ),

- 22 – 24дня (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |
| 2. | А11.20.019 | Получение яйцеклетки. |
| 3. | А11.20.027А11.20.028А11.30.012 | Экстракорпоральное оплодотворение,Культивирование эмбрионов,ИКСИ при женском бесплодии, связанным с мужским фактором. |
| 4. | А11.20.031 | Криоконсервация эмбрионов. |

**Модель пациента 3 (протокол с агонистами или с антагонистами гонадотропин - рилизинг гормона)**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 16 – 20 дней (протокол с антагонистами ),

- 26 – 30дней (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |
| 2. | А11.20.019 | Получение яйцеклетки. |
| 3. | А11.20.027А11.20.028А11.30.012 | Экстракорпоральное оплодотворение,Культивирование эмбрионов,ИКСИ при женском бесплодии, связанным с мужским фактором. |
| 4. | А1120030 | Внутриматочное введение эмбрионов. |
| 5. | А11.20.031 | Криоконсервация эмбрионов. |

**Модель пациента 4 (протокол с агонистами или с антагонистами гонадотропин - рилизинг гормона)**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 10 – 14 дней (протокол с антагонистами ),

- 20 – 24дня (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |

**Модель пациента 5 (протокол с антагонистами, протокол с агонистами гонадотропин - рилизинг гормона)**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 12 – 14 дней (протокол с антагонистами ),

- 22 – 24дня (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |
| 2. | А11.20.019 | Получение яйцеклетки. |

**Модель пациента 6 (протокол с антагонистами, протокол с агонистами гонадотропин - рилизинг гормона)**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 14 – 16 дней (протокол с антагонистами ),

- 24 – 26дней (протокол с агонистами)

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
| 1. | А11.01.002А11.02.002 | Стимуляция суперовуляции(подкожное введение лекарственных препаратов,внутримышечное введение лекарственных препаратов). |
| 2. | А11.20.019 | Получение яйцеклетки. |
| 3. | А11.20.027А11.20.028А11.30.012 | Экстракорпоральное оплодотворение,Культивирование эмбрионов,ИКСИ. |

**Модель пациента 7 Размораживание криоконсервированных эмбрионов и перенос их в полость матки**

Категория возрастная: репродуктивный возраст

Пол: женский

Осложнение: без осложнений, с осложнениями

Условия оказания медицинской помощи: дневной стационар

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения:

- 1 - день

Код диагноза по МКБ-10:

N97.0 – Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 - Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 - Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 - Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 - Женское бесплодие, связанное с мужским фактором

N97.8-Другие формы женского бесплодия

N97.9 – Женское бесплодие неуточненное

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этап | Номенклатурамедицинской услуги\* | Наименованиемедицинскойуслуги |
|  | А11.20.030.001 | Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона |

\*В соответствиисПриказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг"