

ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

16 МАЙ 2016

ПРИКАЗ

№ 734-п.

г. Екатеринбург

О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 30.10.2012 № 556н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» в целях улучшения демографической ситуации, доступности и совершенствования оказания специализированной медицинской помощи пациентам с бесплодием на территории Свердловской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) протокол оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) (приложение № 1);

2) положение о межмуниципальном кабинете по бесплодному браку (далее – МКББ) (приложение № 2);

3) перечень государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, на базе которых расположены МКББ (приложение № 3);

4) форму выписки из амбулаторной карты женской консультации для женщины и мужчины при бесплодном браке, при направлении в МКББ (приложение № 4);

5) форму отчета по наблюдению пациентов с бесплодием в МКББ (приложение № 5);

6) форму выписки из амбулаторной карты межмуниципального кабинета по бесплодному браку (МКББ) для проведения процедуры вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий ОМС (приложение № 6);

7) форму отчета о результатах исходов у пациентов, получивших процедуры ВРТ (приложение № 7).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, на базе которых находятся МКББ в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу:

1) организовать работу МКББ в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2) обеспечить обследование пациентов с бесплодием в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

3) предоставлять (один раз в 6 месяцев) отчет о работе МКББ в ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» (далее – ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»)), не позднее 10 числа следующего месяца, в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу на электронную почту: mgc@etel.ru;

4) организовать оформление документов на вспомогательные репродуктивные технологии при наличии показаний в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу;

5) представлять в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» результаты исходов у пациентов, получивших процедуры ВРТ (один раз в квартал, не позднее 10 числа следующего месяца), в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу.

3. Рекомендовать начальнику Управления здравоохранения Администрации города Екатеринбурга Дорнбушу А.А:

1) организовать работу МКББ в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2) обеспечить обследование пациентов с бесплодием в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

3) предоставлять (один раз в 6 месяцев) отчет о работе МКББ в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»», не позднее 10 числа следующего месяца, в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу по электронному адресу: mgc@etel.ru;

4) организовать оформление документов на вспомогательные репродуктивные технологии при наличии показаний в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу;

5) представлять в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» результаты исходов у пациентов, получивших процедуры ВРТ (один раз в квартал, не позднее 10 числа следующего месяца), в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу.

4. Главному врачу ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» Николаевой Е.Б. обеспечить:

1) проведение комплекса организационно-методических мероприятий по работе межмуниципальных кабинетов по бесплодному браку на территории Свердловской области;

2) проведение ежегодного анализа эффективности работы МКББ на территории Свердловской области.

5. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области обеспечить своевременное обследование пациентов с бесплодием в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу и направление их в МКББ по предварительной записи.

6. Главному врачу ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» (далее – ГБУЗ СО «ОДКБ № 1») Беломестнову С.Р.:

1) организовать работу МКББ в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2) обеспечить обследование пациентов с бесплодием в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу.

7. Рекомендовать директору ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России (далее – ФГБУ «УрНИИ ОММ» МЗ РФ) Башмаковой Н.В.:

1) организовать работу МКББ в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2) обеспечить обследование пациентов с бесплодием в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу.

8. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.07.2013 № 967-п «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» считать утратившим силу.

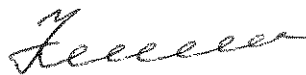
9. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловская область» (www.pravo.gov66.ru).

10. Копию настоящего приказа направить в 7-дневный срок в Главное управление Министерства юстиции по Свердловской области.

11. Ответственность за выполнение настоящего приказа возложить на начальника отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области Татареву С.В.

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Жолобову Е.С.

Врио Министра здравоохранения
Свердловской области



Н.Н. Кивелева

от 16 МАЙ 2016 № 734-17

ПРОТОКОЛ
оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории
Свердловской области (за исключением использования вспомогательных
репродуктивных технологий)

1. Настоящий протокол регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам при бесплодии на территории Свердловской области (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий).

2. Пару считают бесплодной, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни без использования средств и методов контрацепции.

3. На лечение бесплодия имеют право мужчина и женщина, как состоящие в зарегистрированном браке, так и не состоящие в зарегистрированном браке.

4. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии. Обследование мужчины осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (услуг) по урологии.

5. Амбулаторный этап оказания первичной медико-санитарной помощи бесплодной паре осуществляется врачами акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия – врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, акушерками. Женщине проводится обследование, которое включает:

- 1) определение антител к бледной трепонеме в крови;
- 2) определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С;
- 3) определение антител класса М, G к вирусу краснухи в крови;
- 4) общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, холестерин, глюкоза);
- 5) определение группы крови и резус-принадлежности;
- 6) анализ мочи общий;
- 7) микроскопическое исследование влагалищных мазков;
- 8) цитологическое исследование шейки матки (в случае выявления патологии пациентка направляется в МКББ);
- 9) ЭКГ;

- 10) коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза);
- 11) флюорографию легких для женщин, не проходивших это исследование более 12 месяцев;
- 12) прием (осмотр, консультация) врачей терапевта, консультация других профильных специалистов по показаниям.

7. Для установления причин бесплодия и лечения пациентов направляют в МКББ в соответствии с приложением № 3 по предварительной записи с данными первичного обследования по месту жительства (приложение № 4).

8. МКББ – амбулаторный этап обследования и лечения:

1) при обследовании **женщины** проводится:

- сбор анамнестических данных;
- оценка данных обследования;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- консультирование с установлением предварительного диагноза;
- составляется план дообследования с обязательным обследованием партнера у уролога.

Для уточнения формы женского бесплодия проводится:

- оценка проходимости маточных труб (гистеросальпингография, эхогистеросальпингоскопия с эхоконтрастным веществом);
- определение уровня гормонов в сыворотке крови на 2–5 день цикла (ТТГ, СТ4, ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол), на 20–22 день цикла (прогестерон) и других гормонов по показаниям;
- женщинам до 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы, а также женщинам старше 35 лет проводится маммография.

По показаниям проводится:

- микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму.
- молекулярно-биологическое исследование на ЦМВ, ВПГ;
- кольпоскопия;
- консультация эндокринолога;
- биопсия эндометрия (методом мануальной вакуумной аспирации).

Показаниями для стационарного этапа обследования и лечения на базе МКББ для женщины являются:

- подозрение на трубно-перитонимальное бесплодие;
- регулярный овуляторный цикл, отсутствие признаков трубно-перитонимального бесплодия при исходном обследовании, при сохраняющемся бесплодии после применения индукторов овуляции в 3–4 циклах;
- субсерозная и интерстициальная миома матки, по расположению и размерам (более 4 см) способная оказать негативное влияние на течение беременности;
- гиперплазия эндометрия;
- полипы эндометрия;
- генитальный эндометриоз;

- доброкачественные опухоли яичников;
- синехии полости матки.

Хирургические, включая эндоскопические методы обследования (лапароскопия, гистероскопия) осуществляются в гинекологическом отделении учреждения здравоохранения, на базе которого находится МКББ.

Показаниями для стационарного этапа обследования и лечения на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» (далее – ГБУЗ СО «СОКБ № 1»), ФГБУ «УрНИИ ОММ» МЗ РФ и МБУ «Центральная городская больница № 7» являются для женщины:

- гигантские опухоли гениталий;
- распространенные формы эндометриоза с вовлечением крестцово-маточных связок, смежных органов малого таза и других органов брюшной полости с использованием лапароскопического и комбинированного доступа для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- пороки развития гениталий и мочевыделительной системы;
- спаечный процесс для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- неинвазивное и малоинвазивное хирургическое органосохраняющее лечение миомы матки, аденомиоза (узловой формы).

2) При обследовании **мужчины** урологом проводится:

- сбор анамнестических данных;
- общее и специальное андрологическое обследование;
- забор мазка из уретры на микрофлору;
- анализ спермограммы двукратно и тест «смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов» (МАР-тест).

По показаниям проводится:

- микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму.
- УЗИ половых органов (мошонки, предстательной железы);
- исследование уровня гормонов (ФСГ, тестостерон, пролактин, ТТГ);
- при необходимости хирургического лечения, пациенты направляются в МКББ ГБУЗ СО «СОКБ № 1» в урологическое отделение или сначала на прием к урологу;
- при азооспермии и выраженной олигоастенозооспермии, сочетающейся с повышенным ФСГ проводится исследование на кариотип периферической крови и AZF-фактор в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» (кроме жителей города Екатеринбурга).

Показаниями для стационарного этапа обследования и лечения **для мужчины являются:**

- варикоцеле, при необходимости оперативного лечения;
- фимоз;
- гидроцеле.

Показаниями для стационарного этапа обследования и лечения на базе ГБУЗ СО «СОКБ № 1» являются:

- восстановление проходимости семявыносящих путей;

- операции при эректильной дисфункции.

9. По результатам обследования в МКББ акушер-гинеколог совместно с урологом устанавливает диагноз. Выбор тактики ведения и лечения определяется видом бесплодия.

10. При неэффективности проведенного лечения, абсолютном трубном бесплодии обсуждаются показания к вспомогательным репродуктивным технологиям. Пациентам заполняется выписка из амбулаторной карты на вспомогательные репродуктивные технологии (приложение № 6) и осуществляется передача документов в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» посредством программно-аппаратного комплекса У1р №1 «Деловая почта» на абонентский пункт: МУ 1566 КДЦ ОЗМР, по адресу: 620067, г. Екатеринбург, ул. Флотская, д. 52, с целью внесения в «лист ожидания».

11. Для внесения пациентов в «лист ожидания» на выполнение вспомогательных репродуктивных технологий необходимо предоставить в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» следующие документы:

- выписка из амбулаторной карты на вспомогательные репродуктивные технологии (приложение № 6);
- копия документа, удостоверяющего личность пациентки, гражданки Российской Федерации, проживающей в Свердловской области;
- копия полиса обязательного медицинского страхования;
- копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- заявление на обработку персональных данных.

12. Длительность наблюдения и лечения пациентов в МКББ до направления на выполнение вспомогательных репродуктивных технологий должна составлять не более двух лет.

от 16 МАЙ 2016 № 734-п.

ПОЛОЖЕНИЕ

о межмуниципальном кабинете по бесплодному браку

1. МКББ создается в лечебно-профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения Свердловской области на основании приказа главного врача лечебно-профилактического учреждения и включает в себя амбулаторный и стационарный этапы оказания медицинской помощи.

2. Выбор лечебно-профилактического учреждения для организации и размещения МКББ определяется с учетом кадровой укомплектованности учреждения квалифицированными специалистами и наличием необходимого оснащения оборудованием (приложение № 3).

3. Главный врач назначает руководителя МКББ приказом, утверждает штаты в соответствии с рекомендуемыми нормативами, обеспечивает и осуществляет контроль над работой МКББ, обеспечивает своевременное предоставление в вышестоящие органы текущих и годовых отчетов о работе МКББ.

4. Назначение МКББ – реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременной диагностике и лечению бесплодия в Свердловской области:

- 1) консультирование пациентов с бесплодием;
- 2) проведение диагностических мероприятий для уточнения диагноза;
- 3) консервативное лечение бесплодия;
- 4) проведение хирургических методов обследования и лечения;
- 5) отбор и направление на вспомогательные репродуктивные технологии.

5. Организационно-методическая и диагностическая работа МКББ осуществляется во взаимодействии с ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», иными государственными учреждениями здравоохранения Свердловской области.

6. Финансирование деятельности МКББ осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

7. На должность врача (далее – специалист) межмуниципального кабинета назначаются врачи, сертифицированные по специальности: «Акушерство и гинекология», «Урология», «Ультразвуковая диагностика».

Кандидатуры специалистов определяются главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Основной задачей специалистов МКББ является реализация мероприятий, направленных на своевременное установление причины бесплодия и его лечение.

**Рекомендуемые штатные нормативы МКББ
(амбулаторный этап)**

Штаты	Количество должностей
Руководитель межмуниципального кабинета	1
Врач акушер-гинеколог	1
Врач ультразвуковой диагностики	1
Врач эндокринолог	0,5
Врач-уролог	1
Медицинская сестра	4
Медицинский регистратор	1
Младший медицинский персонал	1

**Рекомендуемый табель оснащения МКББ
(амбулаторный этап)**

Наименование медицинской техники и офисного оборудования	Количество единиц
Кабинет гинеколога	1
Кабинет уролога	1
Малая операционная	1
Процедурная	1
Аппарат УЗИ с набором датчиков	1
Центрифуга 3000	1
Кольпоскоп	1
Холодильник стационарный, для хранения биологических проб	1
Сумка-холодильник для транспортировки биологических проб	1
Компьютер с возможностью выхода в Интернет	1
Телефон-факс	1
Принтер	1
Копировальный аппарат	1

**Рекомендуемый табель оснащения МКББ
(стационарный этап)**

Наименование медицинской техники и офисного оборудования	Количество единиц
Кабинет гинеколога	1
Операционная	1
Процедурная	1
Гистероскоп	1
Аппарат УЗИ с набором датчиков	1
Лапароскопическая стойка	1
Компьютер с возможностью выхода в сеть Интернет	1
Телефон-факс	1
Принтер	1
Копировальный аппарат	1

Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Свердловской области
от 16 МАЙ 2016 № 734-п.

ПЕРЕЧЕНЬ
государственных и муниципальных учреждений здравоохранения,
на базе которых расположены МКББ

№ п/п	Место расположения межмуниципальных кабинетов по бесплодному браку	Прием пациентов следующих территорий
1.	Амбулаторный этап МБУ «Детская городская больница № 10» Стационарный этап МБУ «Центральная городская больница № 7» МАУ «Городская клиническая больница № 14» МАУ «Центральная городская больница № 20»	Муниципальное образование «город Екатеринбург»
2.	ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница»	Муниципальное образование город Алапаевск, Муниципальное образование Алапаевское,
3.	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест»	Асбестовский городской округ, городской округ Рефтинский, Малышевский городской округ, городской округ Заречный, городской округ Верхнее Дуброво, городской округ Сухой лог
4.	Амбулаторный этап ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» Стационарный этап ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина» ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница»	Березовский городской округ, Режевской городской округ, Сысертский городской округ, Арамилский городской округ, Артемовский городской округ, Полевской городской округ, городской округ Верхняя Пышма, городской округ Среднеуральск
5.	Амбулаторный этап ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», ФГБУ УрНИИ «ОММ» Стационарный этап ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина» ФГБУ УрНИИ «ОММ»	Муниципальное образование город Ирбит, Ирбитское муниципальное образование, Байкаловский муниципальный район, Туринский городской округ,

		Слободо-Туринский муниципальный район, Таборинский муниципальный район, Тугулымский городской округ, Талицкий городской округ, Тавдинский городской округ
6.	ГБУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский»	Муниципальное образование город Каменск-Уральский, Каменский городской округ, Городской округ Богданович, Белоярский городской округ, Камышловский городской округ, Пышминский городской округ
7.	ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница»	Красноуфимский округ, Ачитский городской округ, Артинский городской округ
8.	ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»	город Нижний Тагил, Верхнесалдинский городской округ, городской округ Верхний Тагил, Городской округ Верхняя Тура, Кировградский городской округ, Невьянский городской округ, городской округ Нижняя Салда, Кушвинский городской округ, Качканарский городской округ, городской округ Красноуральск, Нижнетуринский городской округ
9.	ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»	городской округ Первоуральск, городской округ Ревда, Нижнесергинский муниципальный район, городской округ Дегтярск, Шалинский городской округ, Бисертский городской округ
10.	ГБУЗ СО «Серовская городская больница»	Серовский городской округ, городской округ Верхотурский, Новолялинский городской округ, городской округ Краснотурьинск, городской округ Карпинск, Сосьвинский городской округ, Североуральский городской округ, Ивдельский городской округ, городской округ Пелым

Приложение № 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Свердловской области

Форма

от 16 МАЙ 2016 № 734-п.

ВЫПИСКА

из амбулаторной карты женской консультации для женщины и мужчины
при бесплодном браке, при направлении в МКББ

Женщина

(Медицинское учреждение, направляющее на обследование, код, наименование)

(ФИО, дата рождения)

(Адрес проживания, контактный телефон)

Место работы:

Должность:

Жалобы:

Аллергологический анамнез:

Гемотрансфузий:

Наследственный анамнез:

Сифилис, туберкулез, гепатиты:

Перенесенные болезни:

Начало половой жизни:

Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни:

Перенесенные женские заболевания при половой жизни:

Менструальная функция:

Половая функция:

Предохраняла ли себя от беременности:

Репродуктивная функция: Б- , А- , Р- , В-

Беременность по счету	Год	Особенности течения

Гинекологические заболевания:

Год	Заболевания	Лечение

Перенесенные гинекологические операции:

Год	Операция	Объем операции

Попытка ЭКО и ПЭ: - дата проведения

Результаты обследования в женской консультации

№ п/п	Наименование обследования	Дата	Результат
1.	Определение антител к бледной трепонеме в крови (действителен 6 месяцев)		
2.	Определение антител классов М и G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2, (действителен 6 месяцев)		
3.	Определение антител классов М и G к антигену вирусного гепатита В и С (действителен 6 месяцев)		
4.	Группа крови и резус-принадлежность		
5.	Флюорография		
7.	Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, холестерин, глюкоза)		
8.	Общий анализ мочи		
9.	Анализ мазка на флору и степень чистоты влагалища		
10.	Цитологическое исследование мазков с шейки матки		
11.	Заключение терапевта о состоянии здоровья, возможности проведения вспомогательных репродуктивных технологий и вынашивания беременности		
12.	Другие анализы или обследования (если имеются)		
Диагноз:			

ФИО врача (дата, подпись)

Контактный тел. врача

Зав. женской консультацией (дата, подпись)

Направлена в МКББ по предварительной записи: дата _____, время

Печать лечебного учреждения

Мужчина

(МУ, направляющее на обследование, код, наименование)

(ФИО, дата рождения)

(Адрес проживания, контактный телефон)

Анамнез:

Урогенитальные инфекции _____

Туберкулез, венерические заболевания _____

Травмы _____

Варикоцеле _____

Результаты обследования по месту жительства

№ п/п	Наименование обследования	Дата	Результат
1.	Определение антител к бледной трепонеме в крови (действителен 6 месяцев)		
2.	Определение антител классов М и G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2, (действителен 6 месяцев)		
3.	Определение антител классов М и G антигену вирусного гепатита В и С (действителен 6 месяцев)		
4.	Группа крови и резус-принадлежность		
5.	Другие анализы или обследования (если имеются)		

Диагноз:

ФИО врача (дата, подпись)

Контактный тел. врача

Зав. отделением (дата, подпись)

Направлен в МКББ по предварительной записи: дата _____, время.

Печать лечебного учреждения

Форма

от 16 МАЙ 2016 № 734-н

ОТЧЕТ
по наблюдению пациентов с бесплодием в МКББ
за 20_____ год

(наименование учреждения (МО) Свердловской области)

№ п/п	Наименование мероприятия	Кол-во
1.	Взято женщин на учет по бесплодию – всего _____, из них:	
	-трубное	
	-связанное с отсутствием овуляции	
	-связанное с мужским фактором	
	-неуточненное	
	-другое (указать)	
2.	Число женщин, прошедших обследование амбулаторно – всего	
3.	Из них число женщин, которым проведена:	
	-гистероскопия	
	-биопсия эндометрия	
	-гистеросальпингография	
4.	Число женщин, направленных в гинекологическое отделение на оперативное лечение:	
	-из них:	
	-на лапароскопию	
	- на лапаротомию	
	-гистероскопию	
	-гистерорезектоскопию	
5.	Число женщин, которым проведена стимуляция овуляции	
	из них забеременели всего:	
	из них - неразвивающаяся беременность	
	-самопроизвольный выкидыш (в сроки)	
	-срочные роды	
	-преждевременные роды	
	-внематочная беременность	
6.	Число женщин, направленных на вспомогательные репродуктивные технологии по ОМС:	
7.	Из них забеременели, всего:	
8.	Из них - неразвивающаяся беременность	
	-самопроизвольный выкидыш	
	-срочные роды	
	-преждевременные роды	
	- внематочная беременность	

Форма

от 16 МАЙ 2016 № 734-П

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ
межмуниципального кабинета по бесплодному браку (МКББ)
для проведения процедуры вспомогательных репродуктивных технологий
в рамках Территориальной программы государственных гарантий ОМС

(наименование медицинского учреждения)

Адрес учреждения: _____
Телефон: _____
E-mail: _____
Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____
Место жительства: _____
Тел: _____
Место работы: _____ Должность: _____

Пациентка _____ направляется для проведения процедуры ВРТ
в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

Жалобы: _____
Аллергологический анамнез: _____
Гемотрансфузий: _____
Наследственный анамнез: _____
Сифилис, ВИЧ, туберкулез, гепатиты: _____
Перенесенные ранее и хронические соматические болезни: _____
Рост - _____, Вес - _____, ИМТ - _____
Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни: _____
Перенесенные женские заболевания при половой жизни: _____
Менструальная функция: _____
Половая функция: _____

Репродуктивная функция: Б- , А- , Р- , В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Год	Операция, показания	Объем операции

Гистеросальпингография:

Попытка ЭКО и ПЭ:

Дата проведения	Вид ВРТ	Количество полученных ооцитов	Количество полученных ооцитов	Результат процедуры

дата проведения....., вид ВРТ..., количество полученных ооцитов....., количество перенесённых эмбрионов ..., результат процедуры.....

Данные обследования

Инфекция	Дата анализа ИФА	Дата анализа РПГА	Дата анализа Реакция микрометод Вассермана
СПИД			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

2. Группа крови, резус фактор: дата анализа

3. Клинический анализ крови:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Гематокрит		
Тромбоциты		
Лейкоциты		
СОЭ		

4. Биохимический анализ крови:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
АСТ		
АЛТ		
мочевина		
креатинин		
холестерин		

5. Коагулограмма:

Показатель	Значение	Норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
Протромбиновое время		
АЧТВ		
Фибриноген		

6. Гормональное обследование (на 2-5 день цикла): дата анализа

Гормоны	Показатели	Норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Е2		
Пролактин		
ТТГ		
СТ4		
АМГ		

7. ПЦР анализ на ЗППП:

Инфекция	Результат
Chlamydia trachomatis	
Ureaplasma Urealyticum	
Ureaplasma Parvum)	
Mycoplasma Genitalium	
Mycoplasma Hominis	
Цитомегаловирус	
Вирус простого герпеса 1, 2	

8. Исследование сыворотки крови методом ИФА: дата анализа

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
Краснуха		
Вирус простого герпеса 1		
Вирус простого герпеса 2		

9. Мазок на флору:

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки		
Трихомонады		
Флора		

10. Мазок на онкоцитологию:

11. УЗИ органов малого таза на 2-5 день цикла (с подсчетом антральных фолликулов):

12. ФЛГ:

14. Консультация терапевта (при наличии хронического заболевания - врачебная комиссия с участием профильного специалиста) о состоянии соматического здоровья, возможности проведения ВРТ и вынашивания беременности:

15. УЗИ молочных желез у женщин до 35 лет или маммография (возраст 35 лет и старше), дата проведения:

16. Консультация эндокринолога и УЗИ щитовидной железы (по показаниям – при выявлении эндокринных нарушений):

17. Консультация генетика, кариотипирование – (после неудачной попытки ВРТ, при наличии наследственных заболеваний и врожденных пороков развития в семье, две и более потери беременности):

Муж: Ф.И.О.

возраст:

Инфекция	Дата анализа	Дата анализа	Дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
СПИД			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

2. Группа крови, резус фактор: дата анализа

3. Спермограмма:

Спермограмма (ВОЗ 5-е издание)					
Дата:					
Параметры		Норма ВОЗ	Параметры		Норма
Воздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		≥ 15 млн/мл
Время разжижения		<60 мин	Кол-во сперматозоидов в эякуляте		≥ 39 млн
Объем эякулята		$\geq 1,5$ мл	Общая подвижность сперматозоидов, %		≥ 40 %
Вязкость		N	сперматозоидов с прогрессивным движением, %		≥ 32 %
Цвет		серо-молоч.	с непрогрессивной движением, %		
РН		7,2-8,0			
Агглютинация		нет	неподвижных, %		
Лейкоциты		<1 млн/мл	Сперматозоиды с нормальной морфологией		≥ 4 %

4. ПЦР анализ на ЗППП:

Инфекция	Результат
Chlamydia trachomatis	
Ureaplasma Urealyticum	
Ureaplasma Parvum)	
Mycoplasma Genitalium	
Mycoplasma Hominis	
Цитомегаловирус	
Вирус простого герпеса 1, 2	

5. Анализ мазка из уретры:

6. Заключение андролога:

Диагноз:

Лечащий врач _____

Зав. отделением _____

Печать лечебного учреждения

Дата _____ 201__ г.

Данные по исходам процедуры ВРТ

№ п/п	Ф.И.О. пациентки	Дата рождения	Адрес	Телефон	Дата проведения ВРТ	Исход процедуры

Примечание:

В исходах процедуры указать:

1. Несостоявшийся выкидыш
2. Самопроизвольный выкидыш
3. Внематочная беременность
4. Преждевременные роды
5. Срочные роды.

Форма

от 16 МАЙ 2016 № 734-п.

ОТЧЕТ
о результатах исходов у пациентов, получивших процедуры ВРТ

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Адрес	Клиника ВРТ проведения ЭКО	Исход беременности
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Исходы беременности:

- неразвивающаяся беременность;
- самопроизвольный выкидыш;
- внематочная беременность;
- преждевременные роды;
- срочные роды.