



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРИКАЗ**

07.042021

г. Тамбов

№ 374

О направлении граждан Тамбовской области для проведения вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования

В целях повышения рождаемости, улучшения доступности процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса криоконсервированного эмбриона (далее – ЭКО/криоперенос) гражданам Тамбовской области, страдающих бесплодием, в соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Тамбовской области бесплатной медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением администрации области от 30.12.2020 № 1149, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», информационно-методическими письмами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1913 «О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1908 «О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Перечень медицинских организаций, осуществляющих выдачу направления пациентам для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Перечень, ВРТ) согласно приложению № 1.

2. Главным врачам медицинских организаций, указанных в Перечне, утвержденном приложением № 1 настоящего приказа:

2.1. организовать отбор и обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в соответствии с Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803н и клиническими рекомендациями, согласно информационно-методическим письмам Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1913 и № 15-4/И/2-1908;

2.2. обеспечить оформление медицинской документации пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в соответствии с Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 803н по форме «Выписка из амбулаторной карты пациента» согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

2.3. обеспечить в спорных случаях консультацию медицинской документации, в том числе с использованием телемедицинских технологий главным внештатным специалистом-экспертом по акушерству и гинекологии управления здравоохранения области;

2.4. организовать учет выданных направлений пациентам для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и(или) переноса криоконсервированных эмбрионов (далее - ЭКО/криопереноса) за счет средств обязательного медицинского страхования и контроль всех этапов лечения пациентов с применением ВРТ;

2.5. обеспечить ежемесячное предоставление информации по направлению пациентов для проведения ЭКО/криопереноса за счёт средств обязательного медицинского страхования в государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – ГБУЗ) «Тамбовский областной медицинский информационно-аналитический центр» в срок до 2 числа месяца, следующего за отчетным периодом, по форме согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

3. Главному внештатному специалисту-эксперту по акушерству и гинекологии управления здравоохранения области А.Ю.Прокопову:

3.1. обеспечить организационно-методическую и консультативную помощь медицинским организациям области при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ;

3.2. в случае оказания консультативной помощи обеспечить рассмотрение медицинской документации, указанной в п.2.3. настоящего приказа, и выдачу заключения в срок не более 2-х рабочих дней с момента поступления документов.

4. Директору ГБУЗ «Тамбовский областной медицинский информационно-аналитический центр» А.В.Зенкиной обеспечить ежемесячное представление в управление здравоохранения области сводной информации по направлению пациентов для проведения программы ЭКО/криопереноса за счёт средств обязательного медицинского страхования в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, по форме согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

5. Признать утратившим силу приказ управления здравоохранения области от 18.09.2018 № 1469 «О направлении граждан Тамбовской области

для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника управления здравоохранения области Т.В.Вяльцеву.

Начальник управления  
здравоохранения области



М.В.Лапочкина

Перечень медицинских организаций, осуществляющих выдачу направления  
пациентам для оказания медицинской помощи с использованием  
вспомогательных репродуктивных технологий в рамках программы  
обязательного медицинского страхования

1. Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения (далее – ТОГБУЗ) «Бондарская центральная районная больница»
2. ТОГБУЗ «Жердевская центральная районная больница»
3. ТОГБУЗ «Знаменская центральная районная больница»
4. ТОГБУЗ «Инжавинская центральная районная больница»
5. ТОГБУЗ «Кирсановская центральная районная больница»
6. ТОГБУЗ «Мичуринская центральная районная больница»
7. ТОГБУЗ «Мордовская центральная районная больница»
8. ТОГБУЗ «Моршанская центральная районная больница»
9. ТОГБУЗ «Мучкапская центральная районная больница»
10. ТОГБУЗ «Никифоровская центральная районная больница»
11. ТОГБУЗ «Первомайская центральная районная больница»
12. ТОГБУЗ «Петровская центральная районная больница»
13. ТОГБУЗ «Пичаевская центральная районная больница»
14. ТОГБУЗ «Расказовская центральная районная больница»
15. ТОГБУЗ «Ржаксинская центральная районная больница»
16. ТОГБУЗ «Сампурская центральная районная больница»
17. ТОГБУЗ «Сосновская центральная районная больница»
18. ТОГБУЗ «Староюрьевская центральная районная больница»
19. ТОГБУЗ «Тамбовская центральная районная больница»
20. ТОГБУЗ «Токаревская центральная районная больница»
21. ТОГБУЗ «Уваровская центральная районная больница»
22. ТОГБУЗ «Городская клиническая больница города Котова»
23. ТОГБУЗ «Городская больница № 2 города Мичуринска»
24. ТОГБУЗ «Городская клиническая больница имени Архиепископа Луки г.Тамбова»
25. ТОГБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г.Тамбова»
26. ТОГБУЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Тамбова»
27. ТОГБУЗ «Городская поликлиника № 5 г.Тамбова»
28. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница»
29. Частное учреждение здравоохранения «Больница «РЖД-Медицина» города Мичуринск»

Рекомендуемая форма

### Выписка из амбулаторной карты пациента

Выписка из амбулаторной карты № \_\_\_\_\_

Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № паспорта \_\_\_\_\_ (когда и кем  
выдан) \_\_\_\_\_

Полис ОМС, № \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Диагноз:

МКБ – 10 \_\_\_\_\_ (шифр)

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Пациентка направляется на ЭКО/криоперенос (нужное подчеркнуть) за счёт средств ОМС  
в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (юридическое название учреждения здравоохранения, выполняющего процедуру ЭКО/криопереноса)

\_\_\_\_\_ (первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО/криопереноса)

Предыдущие попытки процедуры ЭКО/криопереноса - дата проведения, результат (подробно) с указанием дополнительных сведений (криоконсервация, использование донорских яйцеклеток, сперматозоидов и т.д.).

Данные анамнеза: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез :

Гемотрансфузии:

Наследственный анамнез:

Лues, туберкулез, гепатиты \_\_\_\_\_

Перенесенные гинекологические заболевания:

Менструальная функция:

Половая функция :

Репродуктивная функция: А- , Р- , В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Оценка проходимости маточных труб:

(гистеросальпингография/соногистеросальпингография, по показаниям – лапароскопия)

Оценка состояния эндометрия:

(ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия)/ гистероскопия/  
биопсия тканей матки (эндометрия):

Год	Операция, показания	Объем операции

### Данные обследования

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция Вассермана микрометод
Спид			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

Группа крови, резус фактор – дата анализа, результат.

Клинический анализ крови – дата анализа, результат.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
Базофилы		
эозинофилы		
миелоциты		
метамиелоциты		
палочкоядерные		
сегментоядерные		
лимфоциты		
моноциты		

Общий анализ мочи - дата анализа, результат.

Биохимический анализ крови - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		
ГГТ		
ЛДГ		

Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ (Каолин)		
Фибриноген		
тромбиновое время		
Антитромбин III		

Гормональное обследование: дата анализа

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
АМГ		
ФСГ		
ЛГ		
Эстрадиол		
пролактин		
Тестостерон общий		
ТТГ		
Антитела к тиреопероксидазе		
Прогестерон – 21-й день цикла дата		

ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекция	результат
Neisseria gonorrhoeae	
Trichomonas vaginalis	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
краснуха		

Мазок на флору – дата анализа.

	U	C
Лейкоциты		

Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

Кольпоскопия дата исследования.

Мазок на онкоцитологию – дата анализа.

УЗИ (трансвагинальное) матки и придатков: на 5-7 дни цикла: - дата исследования, заключение.

\*  
ЭКГ дата исследования, результат.

ФЛГ дата исследования, результат.

Консультация терапевта: дата осмотра, заключение.

УЗИ молочных желез : дата исследования, заключение

Маммография (в возрасте старше 40 лет и старше): дата исследования, заключение.

УЗИ щитовидной железы: дата исследования, заключение.

Муж: Ф.И.О., возраст.

Спермограмма (полностью) – дата анализа, параметры, результат, заключение.

Заключение врача-андролога:

**Диагноз:**

---

(фамилия, имя, отчество пациента в дательном падеже)

показано лечение методом ЭКО/криопереноса (нужное подчеркнуть) в

---

(юридическое название учреждения здравоохранения, выполняющего процедуру экстракорпорального оплодотворения)

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Печать учреждения здравоохранения

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



