



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

29.10. 2014.

№ 3502

г. Новосибирск

Об организации оказания медицинской помощи на территории Новосибирской области гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий

В целях контроля и упорядочения направления на территории Новосибирской области граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, на оказание медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. порядок организации оказания медицинской помощи на территории Новосибирской области гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования (далее – граждане), с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ);

1.2. состав Комиссии по отбору и направлению граждан в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ (далее – Комиссия);

1.3. положение о Комиссии;

1.4. форму протокола заседания Комиссии;

1.5. форму отчета медицинских организаций о результатах оказания медицинской помощи гражданам с использованием ВРТ;

1.6. форму реестра граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;

1.7. форму листа ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;

1.8. форму направления граждан на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ;

1.9. форму заявления о постановке в реестр/лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;

1.10. форму выписки из амбулаторной карты гражданина.

2. Главным врачам медицинских организаций Новосибирской области, имеющих в структуре женскую консультацию обеспечить:

2.1. работу по выявлению и учету граждан с бесплодием (формирование диспансерной группы);

2.2. проведение обследования граждан в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;

2.3. организацию направления граждан в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Центр планирования семьи и репродукции» для постановки в реестр граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;

2.4. проведение с гражданами информационно-разъяснительной работы о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ, в том числе путем размещения информации на информационных стендах и официальном сайте медицинской организации.

3. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Центр планирования семьи и репродукции» Чернякиной О.Ф. ежемесячно, до второго числа месяца, следующего за отчетным, предоставлять в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области информацию о гражданах, включенных в лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ.

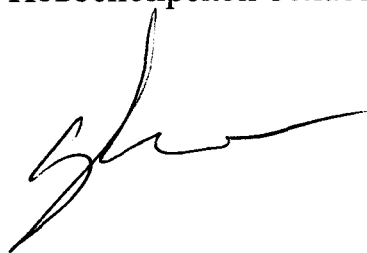
4. Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с использованием ВРТ в рамках обязательного медицинского страхования в срок до десятого числа месяца, следующего за отчетным, обеспечить предоставление секретарю Комиссии отчета медицинской организации о результатах оказания медицинской помощи гражданам с использованием ВРТ по утвержденной форме.

5. Комиссии обеспечить выдачу направлений на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ гражданам, стоящим в листе ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ.

6. Признать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Новосибирской области от 14.06.2013 № 1929 «Об организации оказания медицинской помощи жителям Новосибирской области при лечении бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств областного бюджета Новосибирской области».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Новосибирской области Лиханова А.В.

Врио министра



О.И. Иванинский

УТВЕРЖДЕН
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

**Порядок организации оказания медицинской помощи на территории
Новосибирской области гражданам, застрахованным в системе
обязательного медицинского страхования, с использованием методов
вспомогательных репродуктивных технологий
(далее – Порядок)**

Настоящий Порядок регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи гражданам с использованием методов ВРТ.

Выявление граждан с бесплодием осуществляется в медицинских организациях Новосибирской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

При установлении диагноза «бесплодие», в том числе фактора бесплодия, а также определении необходимости проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ врачом акушером-гинекологом по месту наблюдения гражданина оформляется выписка из амбулаторной карты гражданина и направление в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Центр планирования семьи и репродукции» (далее - ГБУЗ НСО «ЦПСиР»).

Прием документов в ГБУЗ НСО «ЦПСиР» осуществляет врач специализированного приема по бесплодию.

Запись на прием осуществляется в регистратуре ГБУЗ НСО «ЦПСиР» по адресу: г. Новосибирск, ул. Киевская 14, ежедневно, с 08.00 до 19.00, лично или по телефону 341-96-14, 341-90-28.

При приеме в ГБУЗ НСО «ЦПСиР» гражданин предоставляет следующие документы:

- выписка из амбулаторной карты гражданина (два экземпляра);
- копия документа, удостоверяющего личность пациента и регистрацию по месту жительства;
- копия документа, удостоверяющего личность партнера и регистрацию по месту жительства;
- копия полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
- заявление о постановке в реестр/лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ.

По результатам рассмотрения документов гражданина и установления изолированного женского или мужского фактора бесплодия специалист ГБУЗ НСО «ЦПСиР» передает документы секретарю Комиссии для включения гражданина в реестр граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ (далее – реестр).

Комиссия рассматривает представленные секретарем Комиссии документы граждан, стоящих в реестре, и принимает одно из следующих решений:

- отказать гражданину в организации медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ;

- направить гражданина на проведение дополнительного медицинского обследования;

- поставить гражданина в лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ (далее лист ожидания).

Основанием для отказа в организации медицинской помощи с использованием ВРТ является:

- наличие показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в федеральном государственном учреждении;

- отсутствие показаний для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ;

- наличие противопоказаний к проведению лечения бесплодия с использованием ВРТ.

При постановке в лист ожидания гражданину присваивается порядковый номер, который является идентификационным номером, позволяющим отслеживать движение очередности оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием ВРТ, и выдается направление на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ.

Направление граждан на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ действительно в течение шестидесяти календарных дней с даты выдачи.

Один экземпляр выписки из амбулаторной карты гражданина, копия полиса обязательного медицинского страхования гражданина и копия протокола решения Комиссии направляется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь с использованием ВРТ в рамках обязательного медицинского страхования (далее – медицинская организация), для осуществления контроля явки гражданина на лечение бесплодия с использованием ВРТ в течение 7 рабочих дней после заседания комиссии.

По истечении шестидесяти календарных дней с момента выдачи направления на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ медицинская организация информирует Комиссию о случаях неприбытия гражданина на проведение ВРТ.

Гражданин, прибывший на лечение в медицинскую организацию, представляет следующие документы:

- направление гражданина на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ, выданное Комиссией;

- результаты обследования, проведенного в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;

- документ, удостоверяющий личность и регистрацию по месту жительства;

- документ, удостоверяющий личность партнера и регистрацию по месту жительства;

- полис обязательного медицинского страхования гражданина;

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь с использованием ВРТ, оказывают гражданину медицинскую помощь состоящую из следующих этапов:

- а) стимуляция суперовуляции;
- б) пункция фолликулов яичника для получения яйцеклеток;
- в) инсеминация ооцитов;
- г) культивирование эмбрионов;
- д) внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

По медицинским показаниям процедура ВРТ может быть прервана на любом этапе, при этом предусматривается бесплатная криоконсервация ооцитов/эмбрионов и их хранение в течение 30 календарных дней с момента прерывания процедуры ВРТ.

Обязательным предварительным условием лечения с использованием ВРТ является наличие информированного добровольного согласия на использование ВРТ, оформленное по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

При наступлении беременности в результате оказания медицинской помощи с использованием ВРТ ведение беременной осуществляется в женской консультации по месту жительства/проживания или в иной медицинской организации, выбранной гражданином.

При отсутствии беременности после проведения ВРТ граждане по решению Комиссии могут повторно включаться в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

Медицинская помощь гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории других субъектов Российской Федерации, оказывается в соответствии с настоящим порядком.

УТВЕРЖДЕН
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

СОСТАВ

Комиссии по отбору и направлению граждан в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| Лиханов
Андрей Владимирович | - | заместитель министра здравоохранения Новосибирской области, председатель Комиссии; |
| Волков
Рэм Валерьевич | - | главный акушер-гинеколог Новосибирской области, заместитель председателя Комиссии; |
| Филипович
Ольга Николаевна | - | к.м.н., заведующая отделением охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ НСО «ЦПСиР», секретарь Комиссии; |
| Агамян
Нелли Михайловна | - | врач методист ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики»; |
| Пирогова
Марина Александровна | - | врач акушер гинеколог отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ НСО «ЦПСиР». |
| Дзущева
Ирина Борисовна | - | врач акушер гинеколог отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ НСО «ЦПСиР». |

УТВЕРЖДЕНО
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

ПОЛОЖЕНИЕ

о Комиссии по отбору и направлению граждан в медицинские организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ

1. Настоящее Положение определяет порядок деятельности Комиссии по отбору и направлению граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, для проведения лечения бесплодия с использованием ВРТ.
2. Задачами Комиссии является:
 - 2.1. отбор и направление граждан, имеющих полис обязательного медицинского страхования, на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ;
 - 2.2. решение сложных, конфликтных случаев, возникающих при направлении граждан на лечение с использованием ВРТ.
3. Состав Комиссии утверждается приказом министерства здравоохранения Новосибирской области. К участию в работе Комиссии по мере необходимости могут привлекаться главные специалисты Новосибирской области.
3. Комиссия осуществляет свою деятельность на базе ГБУЗ НСО «ЦПСиР».
4. Заседание Комиссии проводит председатель, в случае его отсутствия заместитель председателя Комиссии.
5. Председатель Комиссии:
осуществляет руководство Комиссией, ведет заседания Комиссии;
подписывает направления граждан на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ.
6. Заместитель председателя Комиссии:
выполняет функции председателя Комиссии при отсутствии последнего.
7. Секретарь Комиссии:
ведет реестр и лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ;
готовит материалы к заседаниям Комиссии;
за один рабочий день до дня заседания Комиссии оповещает членов Комиссии о заседании;
приглашает граждан, включенных в реестр и лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ, на заседание Комиссии;
оформляет протоколы заседания Комиссии;
направляет один экземпляр выписки из амбулаторной карты гражданина, копию полиса обязательного медицинского страхования гражданина и копию протокола решения Комиссии в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь с использованием ВРТ;
осуществляет сбор отчетов медицинских организаций;

ежемесячно в срок до 15-го числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет в министерство здравоохранения Новосибирской области отчет о результатах оказания медицинской помощи гражданам с использованием ВРТ;

обеспечивает ежегодно до 25 октября текущего года предоставление в министерство здравоохранения Новосибирской области (отдел охраны здоровья женщин и детей) информации о числе пациентов, направленных и получивших лечение бесплодия с использованием ВРТ.

8. Комиссия осуществляет свою деятельность путем проведения заседаний. Заседание Комиссии проводится каждый первый и третий четверг месяца (с 14.00 до 16.00). Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее 2/3 членов Комиссии. Решение Комиссии принимается большинством голосов ее членов, присутствующих на заседании. При равенстве голосов голос председателя Комиссии (в его отсутствие – голос заместителя председателя Комиссии) является решающим.

9. Решение Комиссии оформляется протоколом Комиссии, который хранится в ГБУЗ НСО «ЦПСИР» в течение 3 лет с момента его издания.

УТВЕРЖДЕНА
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

**Форма заявления о постановке в реестр/лист ожидания граждан, которым
показана медицинская помощь с использованием ВРТ**

(ФИО заявителя)

(паспортные данные заявителя)

(адрес места жительства заявителя)

(контактный телефон)

Заявление

Прошу поставить меня в реестр/лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области.

Приложение:

- копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
- копия документа, удостоверяющего личность партнера;
- два экземпляра выписки из амбулаторной карты гражданина;
- два экземпляра копии полиса обязательного медицинского страхования гражданина;
- результаты анализов обследования гражданина перед проведением лечения с использованием ВРТ.

Дата заполнения _____

Подпись заявителя _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

Выписка из амбулаторной карты гражданина

Наименование медицинской организации:
Адрес медицинской организации:
Телефон:

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____
Паспорт: серия _____ № _____
Адрес (с почтовым индексом) _____
Телефон _____
Полис ОМС _____
Адрес эл. почты _____

Диагноз : (подробный по МКБ) _____ Шифр МКБ

Жалобы: *(отсутствие беременности в течение двух лет регулярной половой жизни и т.д.)*

Индекс массы тела _____
Аллергологический анамнез: _____
Гемотрансфузии: _____
Наследственный анамнез: _____
Lues, туберкулез, гепатиты _____
Перенесенные заболевания: _____
Перенесенные женские заболевания до начала половой жизни: _____

Перенесенные женские заболевания при половой жизни: _____

Менструальная функция: _____
Половая функция : _____
Предохраняет ли себя от беременности: _____

Репродуктивная функция: аборт - , роды - , самопроизвольное прерывание беременности -

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции: _____

Гистеросальпингография

дата

(протокол

операции):

Год	Операция, показания	Объем операции

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа/результат
ВИЧ-1; ВИЧ-2 а/т М,G	
Сифилис	
Гепатит В а/т М,G	
Гепатит С а/т М,G	

2. Группа крови резус фактор – дата анализа

3. Клинический анализ крови – дата анализа

Показатель	значение
Гемоглобин	
Эритроциты	
Цветной показатель	
Гематокрит	
Ретикулоциты	
Тромбоциты	
СОЭ	
Лейкоциты	
• Базофилы	
• эозинофилы	
• миелоциты	
• метамиелоциты	
• палочкоядерные	
• сегментоядерные	
• лимфоциты	
• моноциты	

4. Общий анализ мочи - дата анализа

5. Биохимический анализ крови - дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
------------	----------	--------------------------

глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		

Заключение:

При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: о возможности проведения лечения бесплодия с применением ВРТ

6. Гормональное обследование: дата анализа

Гормоны	показатели
ФСГ	
ЛГ	
пролактин	
тестостерон	
T4, T3	
ТТГ	
АМГ	
Кортизол	
17-гидроксипрогестерон	
Дигидроэпиандростерона сульфат	
Эстрадиол	

7. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	

8. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ		
ВПГ 1 и 2 типа		

краснуха		
токсоплазмоз		
хламидии		

9. Мазок на флору – дата анализа

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

10. Кольпоскопия дата исследования (*результат описать*): _____

Мазок на онкоцитологию – дата анализа (*результат описать*): _____

11. УЗИ органов малого таза: на 5-7 дни цикла: - дата исследования (*результат описать*): _____

12. ЭКГ дата исследования (*результат описать*): _____

13. ФЛГ дата исследования (*результат описать*): _____

14. Консультация терапевта: дата осмотра (*заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности*) _____

15. УЗИ молочных желез - дата исследования (*результат описать*). При наличии патологии молочных желез – заключение маммолога.

16. Маммография - дата исследования (*результат описать*). При наличии патологии молочных желез – заключение маммолога.

17. УЗИ щитовидной железы - дата исследования (*результат описать*): _____

18. Консультация эндокринолога (по показаниям) – дата (*заключение об отсутствии противопоказания для лечения бесплодия с применением ВРТ*): _____

19. Консультация генетика (*по показаниям*) – дата (*результат консультации*): _____

20. При наличии экстрагенитального заболевания консультация специалиста по профилю заболевания и заключение об отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности и назначения гормональных препаратов (с указанием кода МКБ X).

Партнер: Ф.И.О., дата рождения

1.

Инфекция	дата анализа/результат
ВИЧ	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

2.

Спермограмма Дата: анализа

Показатели	Референсные значения (ВОЗ, 2010)
------------	----------------------------------

Физические свойства эякулята:

Объем, мл	1,5 (1,4-1,7)мл
Вязкость	умеренная
Время разжижения, мин	≤60
pH	≥7,2
Потеря эякулята	

Спермограмма:

Концентрация сперматозоидов, млн/мл	15 (12-16)млн/мл
Общее число сперматозоидов, млн	39 (33-46)млн
Прогрессивно-подвижные (ПП), млн/мл; %	32 (31-34)%
Подвижные (ПП+СП), млн/мл; %	40 (38-42)%
Аномальные, млн/мл; %	
Прогрессивно-подвижные в динамике, млн/мл; %	
Степень подвижности (GR)	≥2
Агглютинация	нет
Круглые клетки, млн/мл	<5млн/мл
Эритроциты, млн/мл	нет
Лейкоциты, млн/мл**	<1млн/мл
Живые сперматозоиды,%***	58 (55-63)%

Оценка строгой морфологии сперматозоидов:

Нормальная форма сперматозоидов,%	4 (3,0-4,0)%
Атипичная форма сперматозоидов,% в т.ч. дефекты:	
головки,%****	
шейки,%****	
хвоста,%****	
Дефекты акросомы,%****	
Булавочные формы,%	≤20%
Цитоплазматические капли	1
Индекс тератозооспермии - ИТЗ	≤1,6
Индекс дефектности сперматозоидов - ИДС	≤1,6

MAR-тест:

Доля сперматозоидов с антиспермальными антителами,%	<10%(норма)* 10-39% (пограничные значения) >40% (иммунологическое бесплодие)
---	--

НВА-тест (Анализ на связывание сперматозоидов с гиалуроновой кислотой):

Доля зрелых сперматозоидов с нормальной физиологической функцией,%	>60-80%*
--	----------

Анализ фрагментации ДНК сперматозоидов:

Индекс фрагментации ДНК сперматозоидов,%	<15% (норма)* 15-30% (пограничные значения) >30%(критическое значение)
--	--

Примечание:

Заключение:

3. ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекции	Результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
ВПЧ 16 и 18 типа	

4. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
хламидии		

5. Микроскопическое исследование отделяемого половых органов.

Заклучение:

Лечащий врач (ФИО/подпись) _____

Заведующий отделением (ФИО/подпись) _____

Заведующий женской консультацией (ФИО/подпись)

или Главный врач (ФИО/подпись) _____

Заклучение ВК № _____ дата _____

Пациент (ФИО) нуждается в направлении на лечение бесплодия с применением ВРТ

Члены ВК

Печать медицинской организации

Дата « _____ » _____ 20 г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

Форма отчета медицинской организации о результатах оказания медицинской помощи гражданам с использованием ВРТ

Наименование медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____

период _____
(указывается месяц/год)

ФИО пациента, поступившего на лечение бесплодия с применением ВРТ	Дата вступления в программу ВРТ	Осложнения при проведении лечения с использованием ВРТ (синдром гиперстимулированных яичников, кровотечение, воспаление, травма сосудов и соседних органов), недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции	Результат (беременность маточная, беременность внематочная, беременность многоплодная, беременность не наступила)	Где наблюдается по беременности

Количество пациентов, находящихся в лечебных циклах на данный момент _____

Руководитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ _____ (подпись)

Дата _____

УТВЕРЖДЕНА
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

Форма реестра граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ

п/п	ФИО	Дата рождения	Домашний адрес (регистрация)	Телефон	Диагноз	Дата регистрации	Дата заседания комиссии

УТВЕРЖДЕН
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

ПРОТОКОЛ
заседания Комиссии по отбору и направлению граждан в медицинские
организации для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ
№ _____ от _____

Комиссия в составе:

Председатель: _____

Члены комиссии: _____

Приглашенные: _____

Представлена документация пациентки (ФИО): _____

Адрес: _____

Заключение комиссии:

Выдать направление гражданина на оказание медицинской помощи с использованием ВРТ _____

(указать медицинскую организацию оказывающую ВРТ)

Поставить гражданина в лист ожидания граждан, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ:

(указать порядковый номер из листа ожидания)

Направить гражданина на проведение дополнительного медицинского обследования:

Отказать гражданину в организации медицинской помощи при бесплодии с использованием ВРТ:

(указать причину)

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

Члены Комиссии

УТВЕРЖДЕНО
приказом
министерством здравоохранения
Новосибирской области
от 29.10.2014 № 3502

НАПРАВЛЕНИЕ
граждан на оказание медицинской помощи при бесплодии с применением
вспомогательных репродуктивных технологий
(заполняется печатными буквами, либо с использованием компьютера)

Дата "___" _____ 20__ г.

Наименование медицинской организации

1. Фамилия, имя, отчество женщины _____

2. Дата рождения _____

3. Адрес по прописке (регистрации) _____

4. Телефон _____

7. Профессиональные вредности _____

8. Фамилия, имя, отчество партнера _____

9. Диагноз:

основной: _____

сопутствующий: _____

10. Данные обследования:

Заключение Комиссии: _____

Дата заключения ___ / ___ / 20__

Председатель комиссии _____
Секретарь _____