

**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

**от 17 октября 2013 г. N 415-р**

**О МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

В целях совершенствования оказания медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга при оказании специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий и в соответствии с [приказом](#) Минздрава России от 30.08.2012 N 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению":

1. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, подведомственных Комитету по здравоохранению, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую организацию и выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий):

1.1. Обеспечить обследование пациенток в срок от 3 до 6 месяцев согласно [приложению 1](#) к распоряжению.

1.2. При подтверждении диагноза трубно-перитонеального бесплодия в срок до трех рабочих дней обеспечить оформление:

1.2.1. [Выписки](#) из амбулаторной карты пациентки с результатами обследований и заключений согласно [приложению 2](#) к распоряжению.

1.2.2. [Листа](#) маршрутизации согласно [приложению 3](#) к распоряжению.

1.2.3. [Направления](#) на Комиссию по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденную распоряжением Комитета по здравоохранению от 02.07.2013 N 259-р "О создании Комиссии по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с Территориальной [программой](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге в 2013 году" (далее - Комиссия), согласно [приложению 4](#) к распоряжению.

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, находящихся в ведении Комитета по здравоохранению, имеющих лицензию по профилю акушерство и гинекология (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), обеспечить:

2.1. Заполнение медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

2.2. При выявлении относительных противопоказаний для применения процедуры

вспомогательных репродуктивных технологий проведение дополнительного обследования.

2.3. Составление плана ведения и определение сроков проведения процедуры ЭКО в зависимости от клинических данных и желания пациентки.

2.4. Сообщение в Комиссию даты обращения пациентки, предполагаемого проведения процедуры ЭКО, проведенной процедуры ЭКО согласно [приложению 5](#) к распоряжению.

2.5. Оформление вкладыша в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного при применении методов вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с [приложением N 3](#) приказа Минздрава России от 30.08.2012 N 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

2.6. Представление данных в Комиссию об этапах проводимого лечения, возникших осложнениях в соответствии с [приложением 6](#) к распоряжению.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую организацию и выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), при подтверждении диагноза трубно-перитонеального бесплодия осуществлять направление пациентов на Комиссию в соответствии с [пунктами 1, 2](#) настоящего распоряжения.

4. Контроль за выполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Т.Н.Засухину.

Председатель  
Комитета по здравоохранению  
В.М.Колабутин

ПРИЛОЖЕНИЕ N 1  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 17.10.2013 N 415-р

Лист обследования пациентов

Ф.И.О. женщины \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. мужчины \_\_\_\_\_

№ п/п	Результаты	Дата	Результат (вписать или приложить)	Срок годности исследования (приказ МЗ РФ N 107 от 26.02.2003)	Примечание
1	Масса тела (кг)				
2	Уровень АМГ в крови			1 год	
3	Уровень ФСГ (2-3 день цикла) в крови			1 год	
4	Спермограмма			6 мес.	("Руководство ВОЗ по

					лабораторному исследованию и обработке эякулята человека. Пятое издание, 2010 г.")
5	Оценка проходимости маточных труб (выписки операций, рентгенологические и ультразвуковые исследования)			1 год	
6	Определение антител к бледной трепонеме в крови женщины			3 мес.	
7	Определение антител к бледной трепонеме в крови мужчины			3 мес.	
8	Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С женщины			3 мес.	
9	Определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С мужчины			3 мес.	
10	Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры (женщина)			14 дней	
11	Микроскопическое исследование: мазок из уретры (мужчина)			14 дней	
12	Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму, вирус простого герпеса 1, 2, цитомегаловирус методом ПЦР (женщина)			6 мес.	
13	Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреоплазму, вирус простого герпеса 1, 2, цитомегаловирус методом ПЦР (мужчина)			6 мес.	
14	Определение антител класса М, G к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу, вирусу краснухи в крови (женщина)			6 мес.	
15	Определение антител класса М, G к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу (мужчина)			6 мес.	
16	Общий (клинический) анализ крови			1 мес.	
17	Анализ крови биохимический общетерапевтический			1 мес.	
18	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)			1 мес.	
19	Определение группы крови и резус-фактора			однократно	

20	Уровень тиреотропного гормона			1 год	
21	Уровень пролактина			1 год	
22	Общий анализ мочи			1 мес.	
23	Цитологическое исследование шейки матки			1 год	
24	Ультразвуковое исследование органов малого таза			1 мес.	
25	Флюорография легких			1 год	Для женщин, не проходивших это исследование более 12 мес.
26	Регистрация электрокардиограммы			1 год	
27	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта			1 год	Заклучение о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности приложить
<p>КонсультантПлюс: примечание.  В документе, видимо, допущен пропуск текста, восстановить по смыслу который не представляется возможным.</p>					
28	Ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы проводится (...)			6 мес.	Женщинам до 35 лет. Заклучение приложить
29	Маммография. В случае выявления признаков патологии по результатам маммографии - консультация онколога			1 год	Женщинам старше 35 лет. Заклучение приложить
30	Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование)			однократно	Женщинам, имеющим в анамнезе (в т.ч. у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей. Заклучение приложить
31	Осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников			по показаниям	При выявлении эндокринных нарушений. Заклучение приложить

ПРИЛОЖЕНИЕ N 2  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 17.10.2013 N 415-р

Штамп лечебного учреждения  
(организации первого уровня)

Выписка из амбулаторной карты больного N \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_

	Включение	Исключение	
Паспортные данные			
Житель Санкт-Петербурга	Да	Нет	Копию паспорта приложить (стр. N 1, стр. N 3)
Наличие полиса ОМС	Да	Нет	Копию приложить
Возраст на момент направления	-	При возрастном снижении уровня АМГ ниже 1,0 нг/мл	
Анамнез			
Наличие в анамнезе операций на яичниках	Нет	Да при снижении уровня АМГ ниже 1,0 нг/мл	Выписку из протокола операции приложить
Алкоголизм или наркомания	Нет	Да	
Наличие противопоказаний к назначению гонадотропных препаратов	Нет	Да	
Тромбоэмболические осложнения в анамнезе	Нет	Да	
Соматические и психические заболевания, при которых существуют медицинские противопоказания для проведения ЭКО	Нет	Да	
Острые воспалительные заболевания любой локализации	Нет	Да	
Злокачественные новообразования любой локализации	Нет	Да	
Наследственные заболевания, сцепленные с полом, у женщин	Нет	Да	
Гинекологическое обследование			
Наличие врожденных пороков развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможно вынашивание беременности	Нет	Да	Заключение акушера-гинеколога приложить
Опухоли яичников	Нет	Да	
Общее физикальное обследование			
Вес	-	-	Результат:
Рост	-	-	Результат:

Ультразвуковое исследование органов малого таза			
Патология миометрия	Нет	Да	Приложить ультразвуковое заключение
Патология эндометрия	Нет	Да	
Наличие патологических образований в полости матки	Нет	Да	
Визуализация патологии маточных труб (сактосальпингс)	Нет	Да	
Патологические образования в яичниках	Нет	Да	
Количество фолликулов в обоих яичниках на 2-3-й день цикла	более 5	менее 5	
Лабораторные исследования			
Показатели спермограммы	Нормоспермия	Патоспермия	
Уровень Антимюллерова гормона (АМГ)	1,0 нг/мл и более	Менее 1,0 нг/мл	

Диагноз (по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя учреждения \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Печать учреждения

**ПРИЛОЖЕНИЕ N 3**  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 17.10.2013 N 415-р

Лист маршрутизации  
пациентов при оказании специализированной медицинской помощи  
при лечении бесплодия с применением вспомогательных  
репродуктивных технологий <\*>

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения (возраст) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Адрес пациента \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Медицинская организация, направившая пациентку на ЭКО \_\_\_\_\_

Медицинская организация для лечения бесплодия методом ЭКО \_\_\_\_\_







количество перенесенных эмбрионов, криоконсервация эмбрионов (да/нет)	эмбрионов	
Результат лечения (по ХГЧ)	дата	результат
Результат лечения (по УЗИ)	дата	результат
Дата направления на учет по беременности		
Осложнения лечебного цикла ЭКО (тяжелые формы СГЯ, потребовавшие госпитализации, внематочные беременности и др.)	дата госпитализации	вид осложнения
Предоставление данных в случае невозможности дальнейшего оказания медицинской помощи (невыполнение пациентом назначений врача, нарушение сроков обращения, др.)	причина отмены лечения	

-----

<\*> После лечения форма отчета представляется в Комиссию по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Ответственное лицо

Дата

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ N 6  
к распоряжению Комитета  
по здравоохранению  
от 17.10.2013 N 415-р

**ФОРМА  
ЕЖЕДНЕВНОЙ ОТЧЕТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,  
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <\*>**

Данные	Сроки представления
Факт обращения пациентки на лечение методом ЭКО в Комиссию по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для оказания специализированной	24 часа

медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий	
Определение планируемой даты проведения цикла ЭКО (в каком месяце)	24 часа
Постановка пациентки на схему стимуляции	24 часа
Дата пункции фолликулов	24 часа
Дата переноса эмбрионов, количество перенесенных эмбрионов, криоконсервация эмбрионов (да/нет)	24 часа
Результат лечения (по ХГЧ)	48 часов
Результат лечения (по УЗИ)	48 часов
Дата направления на учет по беременности	24 часа
Наличие осложнений в период лечения	24 часа
Представление данных в случае невозможности дальнейшего оказания медицинской помощи (невыполнение пациентом назначений врача, нарушение сроков обращения и др.)	24 часа

-----

<\*> Передается в электронной форме.

---