

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 26 января 2015 г. N 9-р

**О МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БЕСПЛОДИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ В 2015 ГОДУ**

В целях совершенствования оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) 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 трубного, эндокринного, иммунологического, мужского бесплодия в срок до трех рабочих дней обеспечить оформление:

1.2.1. Выписки из амбулаторной карты больного 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 проведения экстракорпорального оплодотворения, утвержденную распоряжением Комитета по здравоохранению от 03.02.2014 N 41-р "О создании Комиссии по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для проведения экстракорпорального оплодотворения" (далее - Комиссия) согласно приложению 4 к распоряжению.

1.3. Обеспечить:

1.3.1. Заполнение медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

1.3.2. При выявлении относительных противопоказаний для применения процедуры вспомогательных репродуктивных технологий проведение дополнительного обследования.

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

1.3.4. Сообщение в Комиссию даты обращения пациентки, предполагаемого проведения и проведенной процедуры экстракорпорального оплодотворения согласно приложению 5 к распоряжению.

1.3.5. 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".

1.3.6. Предоставление данных в Комиссию об этапах проводимого лечения, возникших осложнениях в соответствии с приложением 6 к распоряжению.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

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 трубного, эндокринного, иммунологического, мужского бесплодия осуществлять направление пациентов на Комиссию в соответствии с пунктом 1.2 настоящего распоряжения.

4. Признать утратившим силу распоряжение Комитета по здравоохранению от 11.02.2014 N 66-р "О маршрутизации пациентов при оказании специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением экстракорпорального оплодотворения".

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

Председатель
Комитета по здравоохранению
В.М.Колабутин

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к распоряжению Комитета
по здравоохранению
от 26.01.2015 N 9-р

Лист обследования пациентов

Ф.И.О. женщины _____

Ф.И.О. мужчины _____

№ п/п	Результаты	Дата	Результат (вписать или приложить)	Срок годности исследования	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 (при патоспермии необходимо предоставить не менее двух спермограмм)			6 мес.	("Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека. Пятое издание, 2010 г.")
4а	При патоспермии - заключение андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения			6 мес.	
5	Оценка проходимости маточных труб и состояния органов			1 год	

	малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия)				
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 исследова-			14 дней	

	ние: мазок из уретры (мужчина)				
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 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	Заключение о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности приложить
28	Ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы - консультация онколога			6 мес.	Женщинам до 35 лет. Заключение приложить
29	Маммография. В случае выявления признаков патологии по			1 год	Женщинам старше 35 лет. Заключение приложить

	результатам маммографии - консультация онколога				
30	Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование)			однократно	Женщинам, имеющим в анамнезе (в т.ч. у близких родственников) случаев врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей. Заключение приложить
31	Осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников			по показаниям	При выявлении эндокринных нарушений. Заключение приложить

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к распоряжению Комитета
по здравоохранению
от 26.01.2015 N 9-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	
Состояния, при которых показано использование донорских и(или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства	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, при которой невозможно вынашивание бере-	Нет	Да	Приложить ультразвуковое заключе-

менности			ние
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 Антимюллера гормона (АМГ)	1,0 нг/мл и более	Менее 1,0 нг/мл	

Диагноз (по МКБ-10) _____

Сопутствующий диагноз _____

Заключение _____

Дата заполнения _____

ФИО лечащего врача _____ подпись _____

ФИО руководителя учреждения _____ подпись _____

Печать учреждения _____

**Лист маршрутизации
пациентов при оказании специализированной медицинской
помощи при лечении бесплодия с применением
экстракорпорального оплодотворения**

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 _____

№ этапа маршрутизации	Наименование мероприятия	Дата прохождения	Ф.И.О. врача
1	Обследование согласно приложению N 1 врачом акушером-гинекологом с целью определения причины бесплодия (срок до 3-6 мес.)		
2	Оформление выписки из амбулаторной карты, листа маршрутизации, направления на комиссию (срок до 3 дней)		

3	Прием документов на комиссию (3 раза в неделю)		
4	Рассмотрение документов на Комиссии (до 1 недели) и оформление направления на лечение бесплодия методом ЭКО в выбранную пациенткой медицинскую организацию		
5	Обращение пациентки в медицинскую организацию для лечения бесплодия методом ЭКО (в срок до 2 недель). В случае необращения пациента в выбранную им медицинскую организацию - направление аннулируется и необходимо обратиться в комиссию для получения нового направления		

 <*> Лист маршрутизации хранится у пациента и передается для внесения в амбулаторную карту при проведении процедуры ЭКО.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
 к распоряжению Комитета
 по здравоохранению
 от 26.01.2015 N 9-р

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к распоряжению Комитета
по здравоохранению
от 26.01.2015 N 9-р

Форма отчета <*>

Шифр пациента

Данные	Дата		
Факт обращения пациентки для проведения процедуры ЭКО по направлению Городского центра лечения бесплодия			
Определение планируемой даты проведения процедуры ЭКО (в каком месяце)			
Постановка пациентки на схему стимуляции			
Дата пункции фолликулов			
Дата переноса эмбрионов, количество перенесенных эмбрионов, криоконсервация эмбрионов (да/нет)	дата	кол-во эмбрионов	криоконсервация
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 предоставляется в Комиссию по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для проведения экстракорпорального оплодотворения.

Ответственное лицо

Дата

М.П.

**Форма ежедневной отчетности медицинских организаций,
осуществляющих проведение экстракорпорального
оплодотворения <*>**

Данные	Сроки предоставления
Факт обращения пациентки на лечение методом ЭКО в Комиссию по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для проведения экстракорпорального оплодотворения	24 часа
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
Предоставление данных в случае невозможности дальнейшего оказания медицинской помощи (невыполнение пациентом назначений врача, нарушение сроков обращения и др.)	24 часа

<*> Передается в электронной форме.

