**Направление для проведения процедуры переноса**

**криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС**

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| (Ф.И.О. направляемого пациента для проведения криопереноса) | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  |
| (шифр пациента) |  | (дата рождения) | | |  | (возраст пациента) |
| Паспорт | | | | | | |
| (документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан) ) | | | | | | |
|  | | |  |  | | |
| (полис ОМС) | | |  | (СНИЛС) | | |
| Санкт-Петербург, | | | | | | |
| (адрес регистрации/места жительства) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (код диагноза по МКБ) | | | | | | |
| Первичное / Повторное | | | | | | |
| (первичное/повторное обращение для проведения процедуры криопереноса) | | | | | | |
| ООО «Мать и дитя Санкт-Петербург» | | | | | | |
| (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации  в сфере здравоохранения, выдавшего направление) | | | | | | |
| Санкт-Петербург, Средний проспект В.О., д.88 | | | | | | |
| Тел. 676-30-60 ; E-mail: mamadeti-oms-spb@mail.ru | | | | | | |
| (адрес, тел., факс, адрес эл. почты) | | | | | | |
|  | | |  |  | | |
| (Ф.И.О. должностного лица) М.П. | | |  | (должность) | | |

Приложение 4

к распоряжению Комитета

по здравоохранению

от 20.02.2017 № 50-р

ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. женщины\* |  |
| Ф.И.О. мужчины\*\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Перечень  исследований | Результат | Примечание |
| 1. | Уровень АМГ в крови | цифра | более 1,0 нг/мл |
| 2. | Спермограмма (при патоспермии необходимо представить не менее двух спермограмм) | дата | («Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию и обработке эякулята человека.Пятое издание, 2010 г.») исследование включает:  спермограмму, тест на строгую морфологию по критериям Крюгера и МАR-тест |
| 2а. | При патоспермии - заключение андролога с указанием диагноза и необходимого метода лечения | дата |  |
| 3. | Оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии) в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия) | дата |  |
| 4. | Определение антител к бледной трепонеме в крови женщины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 5. | Определение антител к бледной трепонеме в крови мужчины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 6. | Определение антител класса М, в к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С женщины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 7. | Определение антител класса М, О к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С мужчины | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 8. | Микроскопическое исследование: мазок из наружного зева шейки матки, свода влагалища, уретры (женщина) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 9. | Микроскопическое исследование: мазок из уретры (мужчина) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 10. | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2, цитомегаловирус методом ПЦР (женщина) | дата | Однократно |
| 11. | Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму, вирус простого герпеса 1, 2 методом ПЦР (мужчина) | дата | Однократно |
| 12. | Посев из влагалища на патогенную флору | дата | Однократно |
| 13. | Определение антител класса М, Ц к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу, вирусу краснухи в крови (женщина) | дата | Однократно |
| 14. | Определение антител класса М, О к вирусу простого герпеса 1, 2, цитомегаловирусу (мужчина) | дата | Однократно |
| 15. | Общий (клинический) анализ крови | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 16. | Анализ крови биохимический общетерапевтический | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 17. | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 18. | Определение группы крови и резус- фактора | дата | Однократно |
| 19. | Уровень тиреотропного гормона | дата | Однократно |
| 20. | Уровень пролактина | дата | Однократно |
| 21. | Общий анализ мочи | дата | Перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 22. | Цитологическое исследование шейки матки | дата | Однократно |
| 23. | Ультразвуковое исследование органов малого таза | дата | Однократно.  Указать точное количество фолликулов диаметром до 1 см на 2- 3-й день цикла в обоих яичниках |
| 24. | Флюорография легких | дата | Однократно.  Для женщин, не проходивших это  исследование более 12 мес. |
| 25. | Регистрация электрокардиограммы | дата | Однократно |
| 26. | Прием (осмотр, консультация) врача- терапевта | дата | Заключение о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности и родов приложить перед каждой попыткой процедуры ВРТ |
| 27. | Ультразвуковое исследование молочных желез. При выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы - консультация онколога | дата | Однократно. Женщинам до 35 лет. Заключение приложить |
| 28. | Маммография. В случае выявления признаков патологии по результатам маммографии - консультация онколога | дата | Однократно. Женщинам старше 35 лет.  Заключение приложить |
| 29. | Осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) | дата | Женщинам, имеющим в анамнезе, в т.ч. у близких родственников, случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней; женщинам, страдающим первичной аменореей. Заключение приложить |
| 30. | Осмотр (консультация) врача- эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников | дата | При выявлении  эндокринных  нарушений.  Заключение приложить |

\*- обследование женщин проводится в медицинских организациях, оказывающих первичную медико- санитарную помощь прикрепленному населению в рамках Территориальной программы, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) и (или) по направлению указанных организаций в иных медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы

\*\*- обследование мужа, мужчины, не состоявшего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ, осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению в рамках Территориальной программы, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии и (или) по направлению указанных организаций в иных медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы