Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению"

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14, частью 8 статьи 20, пунктом 2 части 1 статьи 37 и частью 2 статьи 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 52, ст. 7770) приказываю:

1. Утвердить:

порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению согласно приложению N 1;

перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации согласно приложению N 2;

форму вкладыша в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у), или карту стационарного больного, или карту пациента акушерско-гинекологического профиля в условиях стационара дневного пребывания, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации согласно приложению N 3;

форму индивидуальной карты донора спермы согласно приложению N 4;

форму индивидуальной карты донора ооцитов согласно приложению N 5;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов согласно приложению N 6;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы согласно приложению N 7;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток согласно приложению N 8;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов согласно приложению N 9;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациентов согласно приложению N 10;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров согласно приложению N 11;

форму журнала учета искусственных инсеминаций согласно приложению N 12;

форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации согласно приложению N 13;

форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов) согласно приложению N 14.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Министр	М.А. Мурашко

Зарегистрировано в Минюсте РФ 19 октября 2020 г.

Регистрационный N 60457

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок устанавливает правила использования вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) на территории Российской Федерации, а также противопоказания и ограничения к их применению.

2. ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства) [1].

3. Медицинская помощь с использованием ВРТ оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

4. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ проводится на основе информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство по форме, предусмотренной приложением N 13 к настоящему приказу.

5. Медицинская помощь с использованием ВРТ оказывается медицинскими организациями (структурными подразделениями), имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) в соответствии с приложениями N 1-3 к настоящему Порядку.

Медицинская помощь с использованием искусственной инсеминации (далее - ИИ), а также обследование женщин для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ оказывается (проводится) медицинскими организациями (структурными подразделениями), имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

Обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ, проводится медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

II. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ

6. Обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи.

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ предусмотрены приложением N 4 к настоящему Порядку.

7. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в медицинскую организацию по поводу бесплодия.

8. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее - программа ЭКО). Программа ЭКО состоит из следующих этапов:

а) овариальная стимуляция;

б) пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;

в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

г) культивирование эмбрионов;

д) перенос эмбрионов в полость матки (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона);

е) криоконсервация эмбрионов (при наличии показаний, предусмотренных пунктом 31 настоящего Порядка);

ж) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

з) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

9. При наличии показаний, предусмотренных пунктом 31 настоящего Порядка, программа ЭКО дополняется следующим этапом:

а) криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

10. Показаниями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

а) неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;

б) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ЭКО выше, чем при применении других методов;

в) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование (далее - ПГТ), независимо от статуса фертильности;

г) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности ИИ);

д) ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

11. Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации (далее - Перечень противопоказаний) предусмотрен приложением N 2 к настоящему приказу.

12. Ограничениями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

а) снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);

б) состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;

в) состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;

г) острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

13. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом.

14. В случае отсутствия противопоказаний и ограничений для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов лечащим врачом выдается направление для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению N 5 к настоящему Порядку.

15. В случае наличия ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов применение программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов происходит после устранения выявленных ограничений.

16. Пациенты, имеющие высокий риск рождения детей с наследственными заболеваниями, подтвержденный результатами генетического обследования одного или обоих родителей, и нуждающиеся в проведении ПГТ, направляются для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов независимо от статуса фертильности.

17. Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием программы ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

18. Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении неиспользованных при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ половых клеток и эмбрионов принимают лица, которым принадлежат половые клетки и/или эмбрионы, путем заключения гражданско-правовых договоров.

19. В случае диагностики многоплодной беременности после оказания медицинской помощи с использованием ВРТ, с целью профилактики осложнений во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанных с многоплодием, возможно проведение операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов) при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов) по форме предусмотренной приложением N 14 к настоящему приказу.

20. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляются базовая программа ВРТ (ЭКО), криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов.

При выполнении программы ЭКО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае возникновении показаний, использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

21. На пациентов, которым проводится программа ЭКО, оформляется вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у), или карту стационарного больного, или карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации по форме, предусмотренной приложением N 3 к настоящему приказу.

22. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, направляет справку о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Справка) в медицинскую организацию, выдавшую направление на программу ВРТ, по форме, согласно приложению N 6 к настоящему Порядку, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания программы ЭКО (перенос эмбриона в полость матки) и (или) изолированного переноса криоконсервированных эмбрионов (криопереноса). Справка может быть оформлена в виде документа на бумажном носителе или в формате электронного документа.

23. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО) пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ при условии соблюдения очередности.

24. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются:

а) необструктивная и обструктивная азооспермия;

б) расстройства эякуляции: аспермия, ретроградная эякуляция;

в) 100% некрозооспермия в эякуляте.

25. Противопоказаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

26. Выбор оптимального способа получения сперматозоидов осуществляется врачом-урологом.

27. Показаниями для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита являются:

а) мужской фактор бесплодия, который проявляется в значительном снижении параметров эякулята;

б) использование сперматозоидов, полученных хирургическим путем;

в) использование ооцитов после криоконсервации;

г) проведение ПГТ методом полимеразной цепной реакции;

д) низкая частота оплодотворения в предыдущей программе ЭКО.

28. Вспомогательный хетчинг (рассечение блестящей оболочки бластоцисты) - микроманипуляция в рамках ВРТ, проводимая с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона.

29. Вспомогательный хетчинг показан при:

а) изменении морфологии блестящей оболочки эмбриона;

б) переносе криоконсервированных эмбрионов;

в) плохом прогнозе (повторные неудачные попытки переноса эмбрионов, эмбрионы низкого качества);

г) необходимости биопсии эмбриона для проведения ПГТ.

III. Программы криоконсервации половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, их транспортировка

30. Криоконсервация и хранение половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов (далее - биоматериалы) осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, которые оснащены криохранилищами, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов.

31. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

а) необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ или ИИ;

б) сохранение фертильности онкологических больных перед химио- и лучевой терапией;

в) хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае "отложенного материнства";

г) создание банка донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ.

32. Забор тканей репродуктивных органов у мужчин для криоконсервации осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

33. При криоконсервации тканей яичка или придатка яичка замораживание производится при наличии в них сперматозоидов для последующего их использования в программе ЭКО или при инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита.

34. Забор для криоконсервации тканей репродуктивных органов у женщин осуществляется в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

35. Выбор оптимального метода замораживания и размораживания биоматериалов определяется индивидуально.

36. Хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляется в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот/пары жидкого азота.

37. Медицинская организация несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за хранение и соблюдение условий криоконсервации биоматериалов.

38. Транспортировка биоматериалов осуществляется организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по транспортировке половых клеток и (или) эмбрионов, и (или) тканей репродуктивных органов, либо сторонней компанией, имеющей лицензию на транспортировку биологического материала.

39. Медицинская организация осуществляет транспортировку половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов в сосудах Дьюара.

40. При выдаче биоматериала для транспортировки необходимо оформление сопроводительного письма, в котором должны быть указаны:

а) дата криоконсервации с указанием вида биоматериала;

б) фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (в случае криоконсервации эмбрионов - мужчины и женщины, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, фамилия, имя, отчество анонимного донора(ов) не указывается);

в) качество замороженного биоматериала;

г) среда для криоконсервации и хранения биоматериала;

д) дата и время выдачи биоматериала для транспортировки;

е) подпись лица, принявшего биоматериал для транспортировки.

41. По письменному заявлению пациентов, принадлежащие им криоконсервированные половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы выдаются на руки пациентам. После передачи биоматериала ответственность за их сохранность, качество и транспортировку несут сами пациенты.

42. При применении ВРТ с использованием криоконсервированных эмбрионов, ооцитов пациенток и спермы пациентов осуществляется ведение следующей медицинской документации:

а) журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов по форме согласно приложению N 6 к настоящему приказу;

б) журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток по форме согласно приложению N 8 к настоящему приказу;

в) журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов по форме согласно приложению N 10 к настоящему приказу.

43. Хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляются за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

IV. Донорство ооцитов, спермы и эмбрионов

44. Донорами ооцитов являются женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Доноры ооцитов могут быть как неанонимными, так и анонимными.

45. Показаниями для использования донорства ооцитов (далее - ДО) являются:

а) отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой, синдромом недостаточности яичников, состоянием после овариоэктомии, радио- или химиотерапии, генетическими заболеваниями;

б) неудачные повторные попытки переноса эмбрионов при недостаточном ответе яичников на стимуляцию, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности.

46. На донора ооцитов оформляется индивидуальная карта донора ооцитов по форме согласно приложению N 5 к настоящему приказу.

47. При проведении ВРТ с использованием донорских ооцитов овариальная стимуляция и пункция фолликулов яичников для получения ооцитов проводится у женщины-донора. Противопоказаниями к получению ооцитов у донора является наличие у нее заболеваний (состояний), включенных в Перечень противопоказаний.

48. ДО осуществляется при наличии информированного добровольного согласия женщины-донора на проведение овариальной стимуляции, пункции фолликулов яичников, анестезиологическое пособие и использование ее ооцитов для других пациентов.

49. Врач-акушер-гинеколог проводит медицинский осмотр донора ооцитов перед каждой программой и осуществляет контроль за своевременностью проведения и результатами лабораторных исследований в соответствии с планом обследования.

50. Донорам ооцитов проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

51. Дополнительными обязательными обследованиями доноров ооцитов являются:

а) кариотипирование;

б) медико-генетическое консультирование;

в) исследование уровня антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека 1/2 (далее - ВИЧ-1/2) совместно с определением антигена p24;

г) определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови;

д) определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови.

Дополнительными обязательными медицинскими документами для доноров ооцитов являются:

а) справка из психоневрологического диспансера;

б) справка из наркологического диспансера.

52. Объем обследования супружеской пары (реципиентов) такой же, как и при проведении программы ЭКО.

53. При использовании донорских ооцитов ведется журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов по форме согласно приложению N 9 к настоящему приказу.

54. Донорами спермы имеют право быть мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, с нормальными показателями спермограммы. Доноры спермы могут быть как неанонимными, так и анонимными.

55. Показаниями для использования донорства спермы (далее - ДС) являются:

а) азооспермия, тяжелая олигозооспермия, и другая выраженная патозооспермия или нарушения эякуляции у мужа (партнера);

б) неэффективность программ ЭКО или инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита с использованием спермы мужа (партнера);

в) наследственные заболевания у мужа (партнера);

г) наличие неизлечимой инфекции, передаваемой половым путем у мужа (партнера);

д) отрицательный Rh-фактор и тяжелая Rh-изоиммунизация у жены (партнерши), при наличии положительного Rh-фактора у мужа (партнера);

е) отсутствие полового партнера у женщины.

56. ДС осуществляется при наличии согласия мужчины-донора после прохождения клинического, лабораторного обследования при наличии медико-генетического заключения.

57. На донора спермы заполняется индивидуальная карта донора спермы по форме согласно приложению N 4 к настоящему приказу.

58. Для облегчения процедуры выбора донора формируется список доноров спермы с указанием информации о внешних данных донора (рост, вес, цвет глаз, цвет волос и иные), а также результатов медицинского, медико-генетического обследования донора, его расы и национальности.

59. Донорам спермы проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

60. Дополнительными обязательными обследованиями доноров спермы являются:

а) спермограмма;

б) консультация врача-уролога;

в) консультация врача-терапевта;

г) кариотипирование;

д) медико-генетическое консультирование;

е) определение группы крови и резус-фактора;

ж) исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 совместно с определением антигена p24;

з) определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови;

и) определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови.

Дополнительными обязательными медицинскими документами для доноров спермы являются:

а) справка из психоневрологического диспансера;

б) справка из наркологического диспансера.

61. При применении донорской спермы осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы по форме согласно приложению N 7 к настоящему приказу.

62. Разрешается применение только криоконсервированной донорской спермы после получения повторных (через 6 месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов обследования донора (исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 совместно с определением антигена p24; определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B в крови; определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита C; определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови).

63. Эмбрионы для донорства могут быть получены в результате оплодотворения донорских ооцитов донорской спермой.

64. С целью донорства могут быть использованы эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ВРТ пациентам при условии их обоюдного письменного согласия.

65. Разрешается применение не подвергнутых криоконсервации и криоконсервированных донорских эмбрионов.

66. При использовании донорских эмбрионов реципиентам должна быть представлена информация о внешних данных доноров, а также результатах медицинского, медико-генетического обследования доноров, их расе и национальности.

67. Показаниями для проведения ЭКО с использованием донорских эмбрионов являются:

а) отсутствие у партнеров собственных половых клеток;

б) высокий риск развития наследственных заболеваний;

в) неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности (при 3-х и более попытках программ ВРТ).

68. Женщинам-реципиентам донорских эмбрионов проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

69. При применении криоконсервированных донорских эмбрионов осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров по форме согласно приложению N 11 к настоящему приказу.

V. Суррогатное материнство

70. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского для нее эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения (далее - генетическая мать и генетический отец), либо одинокой женщиной (далее также - генетическая мать), для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по следующим медицинским показаниям:

а) отсутствие матки;

б) деформация полости или шейки матки, когда коррекция невозможна или не дает эффекта;

в) патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия), когда коррекция невозможна или не дает эффекта;

г) заболевания (состояния), включенные в Перечень противопоказаний;

д) отсутствие беременности после повторных попыток переноса эмбрионов (3 и более попытки при переносе эмбрионов хорошего качества);

е) привычный выкидыш, не связанный с генетической патологией.

71. Противопоказанием для переноса эмбрионов суррогатной матери является наличие у нее заболеваний (состояний), включенных в Перечень противопоказаний. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Для оплодотворения в цикле суррогатного материнства не допускается одновременное использование донорских ооцитов и донорской спермы в отношении мужчины и женщины, являющихся потенциальными родителями, или донорских ооцитов для одинокой женщины, являющейся потенциальной матерью, а также использование донорских эмбрионов, не имеющих генетического родства с мужчиной и женщиной (потенциальными родителями) или одинокой женщиной (потенциальной матерью), для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям, согласно пункту 70 настоящего Порядка.

72. Перенос суррогатной матери эмбрионов от потенциальных родителей, инфицированных ВИЧ или гепатитами С и В, допускается после получения ее информированного добровольного согласия, после консультации врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и предоставления ей полной информации о возможных рисках для ее здоровья.

73. Обследование суррогатной матери проводится в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

74. Дополнительными обязательными медицинскими документами для суррогатной матери являются:

а) справка из психоневрологического диспансера;

б) справка из наркологического диспансера.

75. При реализации программы суррогатного материнства проведение программы ВРТ состоит из следующих этапов:

а) синхронизация менструальных циклов генетической матери (или донора ооцитов) и суррогатной матери;

б) овариальная стимуляция генетической матери (или донора ооцитов);

в) пункция фолликулов яичников генетической матери (или донора ооцитов);

г) оплодотворение (ЭКО или инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита) ооцитов генетической матери специально подготовленной спермой мужа (партнера) или донора, или донора ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера);

д) культивирование эмбрионов;

е) перенос эмбрионов в полость матки суррогатной матери (следует переносить не более 2 эмбрионов).

76. Этапы 75а-75д могут отсутствовать в программе с использованием криоконсервированных эмбрионов.

VI. Оказание медицинской помощи с использованием ИИ

77. Показаниями для проведения ИИ являются:

а) ИИ спермой мужа (партнера): субфертильная сперма у мужа (партнера); эякуляторно-сексуальные расстройства у мужа (партнера) или сексуальные расстройства у женщины; необъяснимое или неуточненное бесплодие;

б) ИИ спермой донора: азооспермия, тяжелая олигозооспермия, и другая выраженная патозооспермия или нарушения эякуляции у мужа (партнера); неэффективность программы ЭКО или инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита с использованием спермы мужа (партнера); наследственные заболевания у мужа (партнера); наличие неизлечимой инфекции, передаваемой половым путем у мужа (партнера); отрицательный Rh-фактор и тяжелая Rh-изоиммунизация у жены (партнерши), при наличии положительного Rh-фактора у мужа (партнера); отсутствие полового партнера у женщины.

78. При ИИ спермой мужа (партнера) допускается использование предварительно подготовленной или криоконсервированной спермы.

79. При ИИ спермой донора допускается применение только криоконсервированной спермы.

80. Противопоказаниями для проведения ИИ у женщины являются непроходимость обеих маточных труб и заболевания (состояния), указанные в Перечне противопоказаний.

81. Ограничениями для проведения ИИ являются неудачные повторные попытки ИИ (более 3-х).

82. Решение об использовании спермы мужа (партнера) или донора принимается пациентами на основании предоставленной врачом полной информации о количественных и качественных характеристиках эякулята, преимуществах и недостатках использования спермы мужа (партнера) или донора.

83. ИИ может применяться как в естественном цикле, так и с использованием овариальной стимуляции с применением лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению.

84. При росте 3-х и более доминантных фолликулов ИИ не проводят в связи с высоким риском многоплодия.

85. При проведении ИИ осуществляется ведение журнала учета искусственных инсеминаций по форме согласно приложению N 12 к настоящему приказу.

VII. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ и ИИ у ВИЧ-инфицированных пациентов

86. ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к оказанию пациентам медицинской помощи с использованием ВРТ и ИИ, за исключением форм и стадий, предусмотренных пунктом 3 Перечня противопоказаний.

87. ВИЧ-инфицированные пациенты с позиции показаний к применению репродуктивных технологий могут быть разделены на 2 группы:

а) пациенты с ненарушенным фертильным статусом - дискордантные пары (носитель - один из партнеров), которые предохраняются при половой жизни с целью профилактики инфицирования ВИЧ-негативного партнера;

б) пациенты, у которых имеются нарушения фертильного статуса - конкордантные пары (оба партнера - носители инфекции) и дискордантные пары (носитель - один из партнеров).

88. Выбор программы безопасного (в том числе для будущего ребенка) варианта достижения беременности (ВРТ или ИИ) должен осуществляться врачом-акушером-гинекологом Центра ВРТ совместно с врачом-инфекционистом с обязательным информированием пациентов о возможных рисках передачи ВИЧ-инфекции.

89. Обследование пациентов и проведение программ ВРТ или ИИ возможно только при наличии заключения из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (медицинские организации, в которых в отношении пациента установлено диспансерное наблюдение). Заключение должно содержать краткую выписку из истории болезни и диагноз, результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, указание на отсутствие противопоказаний и особые условия (например, параллельное проведение антиретровирусной терапии) к оказанию данного вида медицинской помощи и вынашиванию беременности.

90. Мужчине и женщине перед началом лечения с использованием ВРТ или ИИ проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка, за исключением определения в крови антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24.

91. ВИЧ-инфицированная одинокая женщина, а также дискордантные по ВИЧ-инфекции мужчина и женщина в период проведения ВРТ или ИИ наблюдаются совместно специалистами Центра ВРТ и Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. При наступлении беременности женщина наблюдается врачом-акушером-гинекологом женской консультации и врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

92. Требования, предъявляемые к условиям оказания медицинской помощи с использованием ВРТ или ИИ пациентам, инфицированным ВИЧ, являются аналогичными для всех инфекций, передающихся при контакте с кровью больного (далее - гемоконтактные инфекции).

93. Работу с образцами спермы, фолликулярной жидкости, эмбрионами ВИЧ-инфицированных, инвазивные манипуляции у пациентов с ВИЧ-инфекцией следует

проводить в специально выделенные для этого часы/дни, либо в отдельных помещениях. После завершения работ проводится уборка и дезинфекция лабораторных помещений и использованного оборудования.

94. С каждым образцом спермы, пунктатом фолликулов следует обращаться как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций. Обеспечивается отдельное хранение отмытых образцов спермы ВИЧ-позитивных мужчин от общего потока образцов, а также до и после получения результатов РНК/ДНК тестирования. Образцы спермы, пунктата фолликулов ВИЧ-инфицированных пациентов должны быть промаркированы.

95. Криоконсервацию эмбрионов рекомендуется осуществлять в закрытых крионосителях (не более одного эмбриона в каждом), а хранение в парах азота, в специально выделенном для этой группы пациентов сосуде Дюара.

96. При консультировании врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и/или специалистом Центра ВРТ женщине и мужчине предоставляется подробная информация о методе, о вероятности риска инфицирования женщины при ЭКО, инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита, ИИ специально подготовленными сперматозоидами мужа (партнера).

97. Перед использованием ВРТ или ИИ ВИЧ-дискордантные мужчина и женщина должны использовать презерватив при каждом половом контакте в период проведения процедуры и во время беременности.

98. По данным клинико-лабораторного обследования в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями необходимо убедиться в том, что женщина перед проведением ВРТ или ИИ не инфицирована ВИЧ.

99. Перед проведением ВРТ или ИИ женщине с ВИЧ-инфекцией проводится дополнительное консультирование врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и/или специалистом Центра ВРТ по вопросу предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

100. При назначении женщине лекарственных препаратов в программах ВРТ следует учитывать их лекарственное взаимодействие с антиретровирусными лекарственными препаратами.

101. Овариальную стимуляцию целесообразно проводить на фоне лечения антиретровирусными лекарственными препаратами, независимо от наличия показаний к началу лечения ВИЧ-инфекции. При наступлении беременности антиретровирусную терапию следует продолжить на весь период гестации до родов.

102. При проведении программ ВРТ рекомендуется переносить один эмбрион, перенос 2-х эмбрионов должен быть обусловлен клинической и эмбриологической целесообразностью при наличии информированного добровольного согласия пациентов.

---

[1] Часть 1 статьи 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

Приложение N 1
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Положение об организации деятельности центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности центра (лаборатории, отделения) (далее - Центр) вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Центр является медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность и оказывающей медицинскую помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия.

3. Центр должен иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий).

4. Руководство Центром осуществляет главный врач (начальник) медицинской организации, заведующий (начальник) структурного подразделения медицинской организации - врач-специалист.

5. На должность главного врача (начальника) назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2015 г., регистрационный N 39438), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2017 г. N 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2017 г., регистрационный N 47273), по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье".

На должность заведующего (начальника) структурного подразделения медицинской организации - врач-специалист, назначается специалист соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. N 707н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2015 г., регистрационный N 39438), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2017 г. N 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2017 г., регистрационный N 47273), по специальности "акушерство-гинекология", прошедший повышение квалификации по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье".

6. Структура и штатная численность Центра устанавливается руководителем медицинской организации с учетом объема выполняемых лечебно-диагностических услуг и рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением N 2 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению, утвержденному настоящим приказом.

7. Центр может использоваться в качестве клинической базы образовательных организаций среднего, высшего и дополнительного профессионального (медицинского) образования и научных организаций.

8. Основные функции Центра:

обследование и лечение пациентов с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

консультативная помощь врачам-специалистам медицинских организаций по вопросам применения вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

проведение занятий и практических конференций с медицинскими работниками по вопросам использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности в связи с лечением бесплодия программами вспомогательных репродуктивных технологий;

обеспечение возможности дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) медицинских работников в соответствии с законодательством Российской Федерации;

внедрение в практику современных методов диагностики и лечения, профилактики и реабилитации больных, новых организационных форм работы;

выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекционных заболеваний;

проведение консультаций с пациентами по различным аспектам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов, инфекций, передающихся половым путем;

ведение медицинской документации и представление отчетности о результатах деятельности.

9. Центр проводит следующие мероприятия:

обследование пациентов, лечение выявленных нарушений у пациенток перед проведением программ вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

проведение овариальной стимуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

ультразвуковой мониторинг фолликулогенеза в программах вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации;

пункция фолликулов яичников;

инсеминация ооцитов in vitro сперматозоидами мужа, партнера или донора;

инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита;

культивирование эмбрионов;

перенос эмбрионов в полость матки;

криоконсервация сперматозоидов, ооцитов и эмбрионов;

биопсия яичек или их придатков;

хранение криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов;

забор материала для преимплантационного генетического тестирования;

проведение программ донорства половых клеток и суррогатного материнства;

искусственная инсеминация спермой мужа (партнера) или донора.

10. Рекомендуемая структура Центра:

регистратура;

кабинеты врачей-акушеров-гинекологов;

кабинет врача-уролога*;

кабинет врача ультразвуковой диагностики*;

смотровой кабинет*;

операционная;

процедурная;

эмбриологическая комната;

помещение для сдачи спермы;

клинико-диагностическая лаборатория;

дневной стационар*;

стерилизационная*;

помещение криохранилища*;

помещение ожидания для пациентов;

ординаторская;

помещение для хранения инвентаря;

склад расходных материалов.

---

* Вопрос о включении в структуру решается руководителем Центра.

Приложение N 2
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Рекомендуемые штатные нормативы центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий*

N п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Главный врач (начальник) центра или Заведующий центром - врач-акушер-гинеколог	1
2.	Врач-акушер-гинеколог (для проведения программы ЭКО)	2
3.	Врач-акушер-гинеколог**	1
4.	Врач-анестезиолог-реаниматолог	1
5.	Врач ультразвуковой диагностики	1
6.	Врач клинической лабораторной диагностики или эмбриолог	2
7.	Врач-уролог	1
8.	Старшая медицинская сестра	1
9.	Медицинская сестра	1 - на 1 врача-специалиста
10.	Медицинская сестра процедурной	1
11.	Операционная медицинская сестра	1
12.	Медицинская сестра-анестезист	1 - на 1 врача-анестезиолога-реаниматолога
13.	Медицинский регистратор	1
14.	Медицинский технолог медицинский лабораторный техник, фельдшер-лаборант, лаборант	1
15.	Санитар	1 - на операционную и 1 - на процедурную
16.	Сестра-хозяйка	1

---

* Нормативы не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения

** при организации консультативного приема

Приложение N 3
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Стандарт оснащения центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий

Кабинет врача-акушера-гинеколога

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1*	151550	Кресло гинекологическое для осмотра/терапевтических процедур, механическое	Кресло гинекологическое	Не менее 1
	151540	Стол операционный гинекологический, электромеханический, с питанием от сети		
	151570	Стол операционный гинекологический, с электрогидравлическим приводом		
	151580	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом		
2*	166030	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	Набор гинекологических инструментов	Не менее 1
	321950	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, одноразового использования		
	180490	Набор для гинекологического обследования		
3.*	125510	Система ультразвуковая терапевтическая для гинекологии, передвижная	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками	Не менее 1
	260250	Система ультразвуковой визуализации универсальная		
4.*	248560	Планшет для предметных стекол	Емкость для хранения стекол с мазками и их транспортировки	Не менее 1
	186150	Контейнер для пересылки образцов, неизолированный		
	186160	Контейнер для пересылки образцов, изолированный		
	334300	Контейнер для транспортировки образцов, термоизолированный, многоразового использования		
5.*	239410	Аппарат для измерения артериального давления анероидный механический	Аппарат для измерения артериального давления	Не менее 1
	216350	Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный		
	216560	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на палец		
	216630	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье		
	122850	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный		
	122830	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, стационарный		
6.*	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	Не менее 1
	127360	Стетоскоп ультразвуковой		
	292270	Стетоскоп электронный		
7.	184200	Ширма медицинская	Ширма	Не менее 1
8.*	187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	Не менее 1
	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети		
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом		
9.*	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	Не менее 1
	269920	Лоток для инструментов		
	185890	Контейнер для стерилизации/дезинфекции		
	330770	Камера стерилизационная бактерицидная		
10.*	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Манипуляционный стол для хранения стерильных инструментов	Не менее 1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
	270010	Стол для хирургических инструментов		
	270020	Тележка для медицинских инструментов		
11.	187160	Светильник передвижной для проведения осмотра/терапевтических процедур	Светильник медицинский передвижной	Не менее 1
12.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		
13.*	258800	Весы напольные, электронные	Весы медицинские	Не менее 1
	258840	Весы напольные, механические		
14.	157600	Ростомер медицинский	Ростомер	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

N п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Персональный компьютер с принтером	Не менее 1
2.	Рабочее место врача	Не менее 1
3.	Рабочее место медицинской сестры	Не менее 1

Процедурная

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.*	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Контейнер для хранения стерильного материала	Не менее 1
	185890	Контейнер для стерилизации/дезинфекции		
	273540	Бикс для перевязочного материала		
	330770	Камера стерилизационная бактерицидная		
2.	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка, анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1
3.*	239410	Аппарат для измерения артериального давления анероидный механический	Измеритель артериального давления	Не менее 1
	216350	Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный		
	216560	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на палец		
	216630	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье		
	122850	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный		
	122830	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, стационарный		
4*	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	Не менее 1
	127360	Стетоскоп ультразвуковой		
	292270	Стетоскоп электронный		
5.*	165990	Набор для акушерских/гинекологических операций, содержащий лекарственные средства	Инструментарий и расходные материалы для манипуляций	Не менее 1
	166030	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования		
	180490	Набор для гинекологического обследования		
	321950	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, одноразового использования		
6.	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Медицинский шкаф для стерильных растворов и медикаментов	Не менее 1
7.*	202390	Тележка медицинская универсальная	Манипуляционный столик	Не менее 1
	270010	Стол для хирургических инструментов		
	270020	Тележка для медицинских инструментов		
8.	131950	Стойка для внутривенных вливаний	Штатив для внутривенного капельного вливания	Не менее 1
9.	145570	Набор для переливания крови	Комплект для переливания крови	Не менее 1
10.*	143910	Холодильник для крови	Холодильник	Не менее 1
	261620	Холодильник лабораторный, базовый		
	321680	Холодильник/морозильник для хранения крови		
	215850	Холодильник фармацевтический		
11.*	187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	Не менее 1
	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети		
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом		
12.	184200	Ширма медицинская	Ширма	Не менее 1
13.*	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети	Стол процедурный	Не менее 1
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом		
	187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический		
14.*	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Шкаф для медикаментов экстренной помощи	Не менее 1
	335210	Сейф-термостат для хранения наркотических препаратов		
15.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		
16.*	185890	Контейнер для стерилизации/дезинфекции	Контейнер для дезинфекции материала и игл	Не менее 1
	269850	Контейнер для системы химической дезинфекции медицинских инструментов		

Прочее оборудование (оснащение)

N п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место медицинской сестры	Не менее 1

Кабинет врача-уролога

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1*	187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	Кушетка медицинская	Не менее 1
	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети		
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом		
2.	184200	Ширма медицинская	Ширма	Не менее 1
3.*	239410	Аппарат для измерения артериального давления анероидный механический	Аппарат для измерения артериального давления	Не менее 1
	216350	Аппарат электронный для измерения артериального давления с автоматическим накачиванием воздуха, стационарный		
	216560	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на палец		
	216630	Аппарат электронный для измерения артериального давления автоматический, портативный, с манжетой на плечо/запястье		
	122850	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, портативный		
	122830	Аппарат для измерения артериального давления электрический с ручным нагнетением, стационарный		
4.*	124550	Стетоскоп неавтоматизированный	Стетофонендоскоп	Не менее 1
	127360	Стетоскоп ультразвуковой		
	292270	Стетоскоп электронный		
5.*	181030	Стекло предметное/слайд для микроскопии цервикальных цитологических мазков ИВД	Набор стекол и пробирок для взятия материала на исследования	Не менее 1
	248700	Стекло покровное для микроскопа		
	259730	Стекло предметное/слайд для микроскопии ИВД, одноразового использования		
	353390	Стекло предметное/слайд для микроскопии ИВД, многоразового использования		
	275330	Криопробирка для вспомогательных репродуктивных технологий		
6.*	248560	Планшет для предметных стекол	Контейнер для хранения стекол и доставки в лабораторию	Не менее 1
	186150	Контейнер для пересылки образцов, неизолированный		
	186160	Контейнер для пересылки образцов, изолированный		
	334300	Контейнер для транспортировки образцов, термоизолированный, многоразового использования		
7.*	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Манипуляционный стол для хранения стерильных инструментов	Не менее 1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
	270010	Стол для хирургических инструментов		
	270020	Тележка для медицинских инструментов		
8.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		

Прочее оборудование (оснащение)

N п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Персональный компьютер с принтером	Не менее 1
2.	Рабочее место врача	Не менее 1
3.	Рабочее место медицинской сестры	Не менее 1

Операционная

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.*	151550	Кресло гинекологическое для осмотра/терапевтических процедур, механическое	Кресло гинекологическое операционное или операционный стол (с гидравлическим подъемником)	Не менее 1
	151540	Стол операционный гинекологический, электромеханический, с питанием от сети		
	151570	Стол операционный гинекологический, с электрогидравлическим приводом		
	151580	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом		
2.*	129360	Светильник операционный	Светильник бестеневой медицинский	Не менее 1
	129370	Система для освещения операционной		
3.*	138870	Аспиратор эндоцервикальный	Вакуум-аспиратор	Не менее 1
	260570	Система аспирационная общего назначения, с питанием от сети		
	260580	Система аспирационная общего назначения, пневматическая		
	260650	Система аспирационная общего назначения, вакуумная		
4.*	179320	Видеоларингоскоп интубационный гибкий, многоразового использования	Ларингоскоп с набором клинков	Не менее 1
	179430	Видеоларингоскоп интубационный гибкий, одноразового использования		
5.*	276070	Аппарат ингаляционной анестезии, передвижной	Аппарат для ингаляционного наркоза переносной	Не менее 1
	276080	Аппарат ингаляционной анестезии, портативный		
	275680	Система анестезиологическая, общего назначения		
	275800	Система анестезиологическая, с закрытым контуром		
6.	180490	Набор для гинекологического обследования	Инструментарий для гинекологического осмотра	Не менее 1
7.*	106490	Система концентрирования кислорода	Источник кислорода	Не менее 1
	113810	Концентратор кислорода портативный		
	191160	Концентратор кислорода стационарный		
	136780	Система трубопроводная медицинских газов/вакуума		
	209420	Система экстренной подачи медицинских газов передвижная		
8.*	257280	Контейнер для сбора колюще-режущих медицинских отходов	Контейнер для использованных материалов (медицинских отходов)	Не менее 1
	336200	Пакет для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов		
	123680	Контейнер для отходов с биологическими загрязнениями		
	142710	Набор для сбора и утилизации инфицированных отходов		
	289720	Контейнер для цитотоксических отходов		
9.*	275730	Стол для анестезиологических инструментов	Столик анестезиологический, жгуты	Не менее 1
	275850	Тележка анестезиологическая		
	276050	Установка передвижная (тележка) анестезиологическая		
	210370	Жгут на верхнюю/нижнюю конечность, многоразового использования		
	210380	Жгут на верхнюю/нижнюю конечность, одноразового использования		
10.*	125510	Система ультразвуковая терапевтическая для гинекологии, передвижная	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками, оснащенными пункционными насадками	Не менее 1
	260250	Система ультразвуковой визуализации универсальная		
11.*	190850	Система мониторинга физиологических показателей одного пациента для интенсивной/общей терапии	Аппарат для мониторирования (пульс, оксигенация, артериальное давление)	Не менее 1
	190840	Система мониторинга физиологических показателей нескольких пациентов для интенсивной/общей терапии		
	274570	Система мониторинга физиологических показателей при перемещении пациентов		
	157130	Модуль системы мониторинга состояния пациента, многофункциональный		
	329250	Монитор для инвазивного определения физиологических параметров, с питанием от сети		
12.	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Противошоковая укладка, анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1
13.*	270020	Тележка для медицинских инструментов	Столик инструментальный	Не менее 1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
	270010	Стол для хирургических инструментов		
14.*	270020	Тележка для медицинских инструментов	Столик манипуляционный	Не менее 1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
	270010	Стол для хирургических инструментов		
15.	139690	Шкаф для хранения лекарственных средств	Медицинский шкаф для лекарственных препаратов	Не менее 1
16.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		

Эмбриологическая комната

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	181320	Лупа хирургическая бинокулярная, многоразового использования	Бинокулярная лупа	Не менее 1
2*	241170	Инкубатор лабораторный углекислотный	Термостат (СО-2 инкубатор)	Не менее 1
	275270	Термостат/инкубатор для репродуктивного биологического материала		
	336810	Инкубатор лабораторный автоматический		
3.*	136360	Микроскоп световой стандартный	Световой микроскоп	Не менее 1
	151480	Микроскоп световой фазо-контрастный		
	262800	Микроскоп световой флуоресцентный		
4.	269620	Микроскоп световой инвертированный	Инвертированный микроскоп	Не менее 1
5.*	275310	Микроинструмент для вспомогательных репродуктивных технологий	Микроманипулятор	Не менее 1
	275410	Микроманипулятор для вспомогательных репродуктивных технологий, с электропитанием		
6.*	214590	Центрифуга цитологическая	Центрифуга	Не менее 1
	248410	Центрифуга для микрообразцов		
	260430	Центрифуга настольная общего назначения		
	117910	Центрифуга напольная высокоскоростная		
	274470	Центрифуга напольная низкоскоростная, без охлаждения		
	274480	Центрифуга напольная низкоскоростная, с охлаждением		
7.*	143910	Холодильник для крови	Холодильник (медицинский)	Не менее 1
	261620	Холодильник лабораторный, базовый		
	321680	Холодильник/морозильник для хранения крови		
	215850	Холодильник фармацевтический		
8.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		
9.	228180	Бокс ламинарный	Ламинарный бокс с подогреваемой рабочей поверхностью	Не менее 2
10.	Не является самостоятельным медицинским изделием		Датчик для контроля СО2 в инкубаторах	Не менее 1
11.	279970	Набор первой медицинской помощи, содержащий лекарственные средства	Анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

N п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место эмбриолога	Не менее 1

Помещение криохранилища

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1*	145090	Камера морозильная для плазмы крови	Оборудование для криоконсервации биоматериала	Не менее 1
	134590	Контейнер криобиологический		
	321680	Холодильник/морозильник для хранения крови		
	275350	Набор для витрификации для вспомогательных репродуктивных технологий		
	275370	Носитель для витрификации для вспомогательных репродуктивных технологий		
2.*	169810	Установка криогенная лабораторная, с использованием жидкого азота	Сосуд Дьюара для хранения криоконсервированных половых клеток/ эмбрионов и тканей репродуктивных органов	Не менее 1
	169820	Установка криогенная лабораторная, с использованием газообразного азота		
	134590	Контейнер криобиологический		
3.	134590	Контейнер криобиологический	Сосуд Дьюара для транспортировки криоконсервированных половых клеток и тканей репродуктивных органов (для медицинских организаций, оказывающих услуги по транспортировке половых клеток/эмбрионов и тканей репродуктивных органов)	Не менее 1
4.	134590	Контейнер криобиологический	Сосуд Дьюара с запасом жидкого азота	Не менее 1
5.*	145490	Контейнер для хранения или культивирования крови/тканей	Контейнер для биоматериала	Не менее 1
	259720	Контейнер для сбора проб неспециализированный ИВД, без добавок, нестерильный		
	259780	Контейнер для сбора проб неспециализированный ИВД, без добавок, стерильный		
	169800	Контейнер для криохранения образцов ИВД, нестерильный		
	169870	Контейнер для криохранения образцов ИВД, стерильный		
	336120	Контейнер для анализа ИВД, многоразового использования		
	340600	Контейнер для анализа ИВД, одноразового использования		
6.*	202390	Тележка медицинская универсальная	Транспортировочная тележка	Не менее 1
	259810	Тележка транспортировочная для доставки медицинских изделий с центрального склада		
7.	Не является самостоятельным медицинским изделием		Датчик для контроля содержания в помещении кислорода	Не менее 1

Стерилизационная

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1*	145420	Стерилизатор паровой для жидкостей	Стерилизатор паровой или шкаф сухожаровой	Не менее 1
	330780	Стерилизатор паровой		
	173090	Стерилизатор сухожаровой		
2.	185950	Система дистилляционной очистки воды	Аквадистиллятор	Не менее 1
3.	181920	Машина моющая/дезинфицирующая для хирургических инструментов/оборудования	Оборудование для мойки и дезинфекции	Не менее 1
4*	182870	Тележка с набором контейнеров для хирургических инструментов	Стол для подготовки инструментов и материалов к стерилизации	Не менее 1
	202390	Тележка медицинская универсальная		
	270010	Стол для хирургических инструментов		
5.	330770	Камера стерилизационная бактерицидная	Камера для хранения стерильных инструментов и расходных материалов	Не менее 1
6.*	131980	Лампа ультрафиолетовая бактерицидная	Бактерицидный облучатель/ очиститель воздуха /устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
	209360	Установка для создания ламинарного потока передвижная		
	152690	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, передвижной		
	152700	Очиститель воздуха фильтрующий высокоэффективный, стационарный		

Помещение для сдачи спермы

* необходимо наличие одной из указанных позиций

N п/п	Код вида Номенклатурной классификации [1]	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с Номенклатурной классификацией	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.*	187250	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	Кушетка или кресло (стул)	Не менее 1
	187150	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с питанием от сети		
	187220	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом		
	259880	Кресло для осмотра/терапевтических процедур общего назначения, с электропитанием		
	259970	Кресло для общего осмотра/терапевтических процедур, механическое		

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2012 г. N 4н "Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2012 г., регистрационный N 24852) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 сентября 2014 г. N 557н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 декабря 2014 г., регистрационный N 35201) и от 7 июля 2020 г. N 686н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 августа 2020 г., регистрационный N 59225) (далее - Номенклатурная классификация).

При обновлении Номенклатурной классификации код вида может быть изменен.

к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации

N п/п	Наименование результатов обследования	Срок годности
1.	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
2.	Флюорография легких	1 год
3.	Регистрация электрокардиограммы	1 год
4.	Ультразвуковое исследование молочных желез	1 год
5.	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	1 год
6.	Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови	3 месяца
7.	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови	3 месяца
8.	Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови	3 месяца
9.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	3 месяца
10.	Общий (клинический) анализ крови	1 месяц
11.	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1 месяц
12.	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	1 месяц
13.	Общий (клинический) анализ мочи	1 месяц
14.	Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	при наличии иммуноглобулинов класса M - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен
15.	Определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен
16.	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1 месяц
17.	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)	3 месяца
18.	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19.	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла	6 месяцев
20.	Исследование уровня анимюллерова гормона в крови	6 месяцев
21.	Спермограмма	6 месяцев
22.	Консультация врача-терапевта	1 год
23.	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 год
24.	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 год
25.	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц
26.	Справка из психоневрологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	1 год
27.	Справка из наркологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	1 год

Приложение N 5
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Форма

Направление

для проведения программы экстракорпорального оплодотворения1 и (или)

переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной

программы обязательного медицинского страхования

_____

(Ф.И.О. (отчество указывается при наличии) направляемого пациента

для проведения программы ЭКО и (или) переноса

криоконсервированных эмбрионов)

_____ _____

(дата рождения пациента) (возраст пациента)

_____

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

_____

_____

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС2 пациента)

_____

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

_____

(код диагноза пациента по МКБ-103)

_____

(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или

переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

_____

(контактные данные: адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

_____ _____

(должность) (подпись) (Ф.И.О) (отчество указывается при наличии)

---

[1] Далее - ЭКО.

[2] Страховой номер индивидуального лицевого счета.

[3] Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Приложение N 6
к Порядку использования
вспомогательных репродуктивных
технологий, противопоказаниям
и ограничениям к их применению,
утвержденному приказом
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Форма

Справка
о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения 1 и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

_____

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО

и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов)

_____ _____

(дата рождения пациента) (возраст пациента)

_____

(период проведения ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

_____

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность,

УЗ - беременность, нет беременности)

_____ _____ _____

(должность руководителя (подпись) (Ф.И.О)

медицинской организации) (отчество указывается

при наличии)

М.П.

"____"_____20___г.

(дата оформления)"

---

[1] Далее - ЭКО.

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий 1 и искусственной инсеминации

N	Наименование заболевания	Форма, стадия, степень, фаза заболевания	Код заболевания по МКБ-10 [2]	Примечание
1	2	3	4	5
НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ				
	Туберкулез:	Все активные формы	A15 - A19	
	а) туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически	-"-	A15	
	б) туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически	-"-	A16	
	в) туберкулез нервной системы	-"-	A17+	
			A17.0+	
			A17.1+	
			A17.8+	
			A17.9+	
	г) туберкулез других органов	-"-	A18	
	д) туберкулез костей и суставов	-"-	A18.0+	

1.	е) туберкулез мочеполовых органов	-"-	A18.1	У женщин
	ж) туберкулезная периферическая лимфаденопатия	-"-	A18.2	
	з) туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов	-"-	A18.3	
	и) туберкулез кожи и подкожной клетчатки	-"-	A18.4	
	к) туберкулез глаза	-"-	A18.5	
	л) туберкулез уха	-"-	A18.6	
	м) туберкулез надпочечников	-"-	A18.7+	
	н) Туберкулез других уточненных органов:туберкулез эндокарда (I39.8*)туберкулез миокарда(I41.0*)туберкулез пищевода (K23.0*)туберкулез перикарда (I32.0*)туберкулез щитовидной железы (E35.0*)	-"-	A18.8	
2.	Вирусный гепатит:	Все формы	B15-B19	
	а) острый гепатит А	-"-	B15	
	б) острый гепатит В	-"-	B16	
	в) другие острые вирусные гепатиты	-"-	B17	
	г) хронический вирусный гепатит	В фазе обострения (желтуха, высокие уровни индикаторных ферментов)	B18	
	д) вирусный гепатит неуточненный	Все формы	B19	
3.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	В стадии:	B20 - B24	При стадии 1, 2А, 2Б, 2В рекомендуется отложить применение ВРТ до перехода заболевания в субклиническую стадию. При стадии 4А, 4Б, 4В в фазе прогрессирования отложить применение ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительностью не менее 6 месяцев. В любой стадии: отсутствие АРВТ. Невыполнение условия: вирусная нагрузка ВИЧ
		инкубации (стадия 1);		
		первичных проявлений (2А, 2Б, 2В);		
		вторичных заболеваний в фазе прогрессирования (4А, 4Б, 4В);		
		терминальной (стадия 5)		
4.	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	Все активные формы	A50-A64	Применение ВРТ возможно после излечения
	а) врожденный сифилис	-"-	A50	
	б) ранний сифилис	-"-	A51	
	в) поздний сифилис	-"-	A52	
	г) другие неуточненный формы сифилиса	-"-	A53	
	д) гонококковая инфекция	-"-	A54	
	е) хламидийная лимфогранулема (венерическая)	-"-	A55	
	ж) другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем	-"-	A56	
	з) шанкроид	-"-	A57	
	и) паховая гранулема	-"-	A58	
	к) трихомониаз	-"-	A59	
	л) аногенитальная герпетическая вирусная инфекция	-"-	A60	Использование ВРТ возможно во вне рецидивном периоде
	м) другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках	-"-	A63	Применение ВРТ возможно после излечения
	н) болезни, передающиеся половым путем, неуточненные	-"-	A64	
Примечание. Острые воспалительные заболевания любой локализации у женщины являются противопоказанием к использованию ВРТ до их излечения.				
НОВООБРАЗОВАНИЯ				
1.	Злокачественные новообразования	Любой локализации	C00 - C97	Вопрос о возможности сохранения репродуктивной функции с помощью программ ВРТ решается совместно с врачом-онкологом, так же как возможность проведения программ ВРТ у пациентов со злокачественными новообразованиями в анамнезе.
2.	Лейомиома матки	Требующие оперативного лечения	D25	
3.	Другие доброкачественные новообразования матки		D26	
4.	Доброкачественное новообразование яичника		D27	
5.	Доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов		D28	
БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ				
1.	Острый лимфобластный лейкоз [ALL]	Все формы	C91.0	
	Острый миелобластный лейкоз [AML]		C92.0	
	Острый промиелоцитарный лейкоз [PML]		C92.4	
	Острый миеломоноцитарный лейкоз		C92.5	
	Острый монобластный/моноцитарный лейкоз		C93.0	
	Острая эритремия и эритролейкоз		C94.0	
2.	Миелодиспластические синдромы	-"-	D46	
3.	Фолликулярная лимфома	-"-	C82	
4.	Нефолликулярная лимфома		C83	
5.	Зрелые T/NK-клеточные лимфомы		C84	
6.	Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы		C85	
7.	Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования		C90	
8.	Лимфома Ходжкина	-"-	C81	
9.	Хронический миелоидный лейкоз [CML], BCR/ABL-положительный	Требующий лечения ингибиторами тирозинкиназ. Терминальная стадия заболевания.	C92.1	
10.	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	Бластный криз	D47	
	Хроническая миелопролиферативная болезнь		D47.1	
11.	Другой миелоидный лейкоз		C92.7	
12.	Хронический миеломоноцитарный лейкоз		C93.1	
13.	Хроническая эритремия		C94.1	
14.	Другие апластические анемии	Тяжелая форма	D61	
15.	Анемия вследствие ферментных нарушений	Тяжелое рецидивирующее течение (острые гемолитические кризы)	D55	
16.	Талассемия		D56	
17.	Другие наследственные гемолитические анемии		D58	
18.	Приобретенная гемолитическая анемия		D59	
19.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	Хроническое непрерывно рецидивирующее течение, рефрактерное к любым видам терапии	D69.3	

20.	Нарушения обмена порфирина и билирубина	Острая атака порфирии	E80	При продолжительности "светлого" периода после последней атаки менее 2 лет
21.	Другие уточненные геморрагические состояния	Тяжелое рецидивирующее течение	D69.8	Поражение почек с развитием почечной недостаточности, легких и желудочно-кишечного тракта
22.	Геморрагические нарушения, обусловленные циркулирующими в крови антикоагулянтами	Антифосфо-липидный синдром Тяжелое течение	D68.3	Наличие в анамнезе повторных нарушений мозгового кровообращения, при формировании клапанных пороков сердца, поражении почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ				
1.	Сахарный диабет	Все формы	E10-E14	
			.0 С комой	
			.1 С кетоацидозом	
		С терминальной почечной недостаточностью на заместительной почечной терапии при невозможности трансплантации почки	.2+С поражением почек	Применение ВРТ возможно после трансплантации почки
		Все формы	.3+ С поражением глаз	
2.	Гиперпаратиреоз и другие нарушения паращитовидной (околощитовидной) железы	Тяжелая форма с висцеральными и костными проявлениями	E21	
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА				
1.	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	С тяжелыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой степенью вероятности обострения под влиянием беременности и родов	F00-F09	
	а) Деменция неуточненная		F03	
	б) Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами		F04	
	в) Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью		F06	
	г) Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга		F07	
	д) Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное		F09	
2.	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ		F10-F19	
3.	Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства		F20 - F29	
4.	Расстройства настроения (аффективные расстройства)		F30-F39	При стойких суицидальных установках и при риске суицидальных действий
5.	Невротические, связанные со стрессом и соматоморфные расстройства		F40-F48	
	Обсессивно - компульсивное расстройство		F42	
6.	Умственная отсталость		F70 - F79	
7.	Расстройства психологического развития		F80-F89	
8.	Психическое расстройство без дополнительных уточнений		F99	
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ				
1.	Воспалительные болезни центральной нервной системы	Тяжелые инвалидизи-рующие некурабельные заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными, психическими расстройствами	G00 - G09	
	Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему		G10-G14	
	Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения		G20 - G26	
	Другие дегенеративные болезни центральной нервной системы		G30 - G32	
	Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы		G35-G37	
	Эпилепсия		G40	
	Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60-I67+)		G46	
	Расстройства сна		G47	
	Поражения нервных корешков и сплетений		G54	
	Болезни нервно-мышечного синапса и мышц		G70 - G73	
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ				
1.	Хронические ревматические болезни сердца	Сопровождающиеся недостаточностью кровообращения (НК) 2Б, 3 степени. Сопровождающиеся высокой легочной гипертензией. С тромбо-эмболическими осложнениями в анамнезе, а также при наличии тромба в полостях сердца.	I05 -I09	
2.	Кардиомиопатии:		I42	
	а) дилатационная кардиомиопатия		I42.0	
	б) обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия	С выраженной обструкцией выводного тракта левого, правого или обоих желудочков	142.1	
	в) другая гипертрофическая кардиомиопатия	Без обструкции выводного тракта левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма	I42.2	
	г) другая рестриктивная кардиомиопатия		I42.5	
3.	Первичная легочная гипертензия		I27.0	
4.	Состояние после перенесенных кардиохирургических вмешательств:			
	а) Осложнения, связанные с сердечными и сосудистыми протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами		T82	а) после паллиативной (неполной) коррекции врожденного порока сердца (далее - ВПС)
				б) многоклапанное протезирование
	б) Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств,не классифицированные в других рубриках		T88.8	а) после хирургической коррекции ВПС с остаточными признаками легочной гипертензии
				б) после хирургической коррекции любого порока сердца, выполненной с неудовлетворительным результатом
	Болезни сосудов:			

5.	Аневризма и расслоение аорты		I71	В любом отделе (грудном, брюшном), в том числе после реконструктивных операций - шунтирования, протезирования
	Другие формы аневризмы и расслоение		I72	В том числе после хирургического лечения
	Эмболия и тромбоз артерий		I74	Системные эмболии артерии головного мозга, рук, ног, почек, мезентериальных сосудов, а также ветвей легочной артерии
	Эмболия и тромбоз других вен		I82	
	Легочная эмболия		I26	
	Инфаркт мозга		I63	
	Эмболия и тромбоз артерий		I74	
6.	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	IIB-III стадий при отсутствии эффекта от терапии	I10-I15	
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ				
В случае развития тяжелой дыхательной недостаточности, независимо от характера первичной легочной патологии и/или легочной гипертензии				
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ				
1.	Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках		K72	Независимо от первичного заболевания печени
2.	Алкогольный цирроз печени		K70.3	При наличии портальной гипертензии с риском кровотечения из вен пищевода, наличии печеночной недостаточности
	Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени		K71.7	
	Фиброз и цирроз печени		K74	
			K74.3 -K74.6	
3.	Жировая печень (дегенерация печени), не классифицированная в других рубриках		K76.0	
4.	Болезнь Крона [регионарный энтерит]		K50	Осложненная стенозом, свищами, нарушениями всасывания и кровотечениями
5.	Язвенный (хронический) панколит		K51.0	Осложненный токсической дилатацией толстой кишки, профузными поносами, массивными кишечными кровотечениями
6.	Целиакия		K90.0	С нарушениями всасывания в тонкой кишке. Диагноз должен быть подтвержден гистологическим исследованием тонкой (двенадцатиперстной) кишки и иммунологическими тестами с определением антител к глиадину и тканевой трансглутамазе
7.	Инцизионная грыжа непроходимостью без гангрены		K43.0	Значительных размеров с расхождением брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции
8.	Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью		K56.5	
9.	Кишечный свищ		K63.2	При невозможности хирургического лечения
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ				
1.	Острый нефритический синдром		N00	
2.	Быстро прогрессирующий нефритический синдром		N01	
3.	Хронический нефритический синдром	В стадии обострения	N03	
4.	Хроническая болезнь почек		N18	Уровень креатинина сыворотки крови
5.	Почечная недостаточность неуточненная		N19	до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл)
БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД				
1.	Пузырный занос		O01	В том числе перенесенный ранее (не менее двух лет)
2.	Злокачественное новообразование плаценты		C58	Хорионэпителиома
БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ				
1.	Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем	Быстро прогрессирующее течение с неконтролируемой высокой активностью	M05.3+	
			M06.8	
2.	Узелковый полиартериит	Тяжелое течение	M30.0	Полиорганные поражения со злокачественной гипертензией
3.	Полиартериит с поражением легких [Черджа-Стросса]	Тяжелое течение	M30.1	Поражение легких с кровохарканьем и дыхательной недостаточностью
4.	Гранулематоз Вегенера	Тяжелое течение	M31.3	Поражение легких и почек с признаками их недостаточности
5.	Синдром дуги аорты [Такаясу]	Тяжелое течение	M31.4	(Неспецифический аортоартериит). Поражение аортальных клапанов сердца с симптомами недостаточности кровообращения
6.	Системная красная волчанка с поражением других органов или систем	Острое и хроническое течение с частыми обострениями заболевания	M32.1+	Поражение почек (нефрит с нефротическим синдромом), центральной нервной системы (рецидивирующий эписиндром), сердца с формированием клапанных пороков, легких и симптомами нарушения функций этих органов
7.	Другие дерматомиозиты	Тяжелое течение, требующее длительной терапии высокими дозами глюкокорти-коидов	M33.1	Поражение сердца с нарушениями ритма и симптомами недостаточности кровообращения
	Полимиозит		M33.2	
8.	Прогрессирующий системный склероз	Острое и хроническое течение с высокой активностью процесса	M34.0	(Системная склеродермия). Поражение почек, легких, сердца с нарушением их функции
9.	Сухой синдром [Шегрена]	Тяжелое течение	M35.0	Поражение легких, почек, с признаками недостаточности их функций
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ				
1.	Агенезия и аплазия матки		Q51.0	(Врожденные аномалии (пороки) матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности) Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей
	Агенезия и аплазия шейки матки		Q51.5	
	Врожденный свищ между маткой и пищеварительным и мочеиспускательным трактами		Q51.7	
	Врожденное отсутствие влагалища		Q52.0	
	Врожденный ректовагинальный свищ		Q52.2	
2.	Врожденные аномалии [пороки развития] сердечных камер и соединений	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу).	Q20	Сложные врожденные пороки сердца (транспозиция магистральных сосудов, полная форма атриовентрику-лярной коммуникации, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атрио-вентрикулярных или полулунных клапанов)
	а) общий артериальный ствол		Q20.0	
	б) дискордантное желудочково-артериальное соединение		Q20.3	
	в) другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений		Q20.8	
	г) врожденная аномалия сердечных камер и соединений неуточненная		Q20.9	
3.	Врожденные аномалии [пороки развития] сердечной перегородки		Q21	
	а) дефект межжелудочковой перегородки		Q21.0	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвардсу). Осложненные бактериальным эндокардитом.
	б) дефект предсердной перегородки		Q21.1	

	в) тетрада Фалло	Осложненные бактериальным эндокардитом.	Q21.3	Некорригированная, после паллиативных операций
	г) другие врожденные аномалии сердечной перегородки		Q21.8	Некорригированная, после паллиативных операций
4.	Врожденные аномалии [пороки развития] легочного и трехстворчатого клапанов		Q22	
	а) атрезия клапана легочной артерии		Q22.0	Сложные врожденные пороки сердца
	б) аномалия Эбштейна		Q22.5	Некорригированная
	в) другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана		Q22.8	Сложные врожденные пороки сердца
5.	Врожденные аномалии [пороки развития] аортального и митрального клапанов		Q23	Сопровождающиеся регургитацией 3-4 степени и сложными нарушениями ритма
6.	Врожденные аномалии [пороки развития] крупных артерий	НК 2А степени и более Сердечная недостаточность	Q25	
	а) открытый артериальный проток		Q25.0	НК 2Б, 3 степени Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хит-Эдвард су). Осложненные бактериальным эндокардитом.
	б) коарктация аорты		Q25.1	Пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии).
	в) атрезия аорты		Q25.2	
	г) стеноз аорты		Q25.3	Пороки сердца
	ц) другие врожденные аномалии аорты		Q25.4	с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии).
	е) атрезия легочной артерии		Q25.5	
	ж) стеноз легочной артерии		Q25.6	Пороки сердца с затрудненным выбросом крови из левого желудочка. НК 2А степени и более. При наличии постстенотического расширения (аневризма аорты или легочной артерии)
	з) другие врожденные аномалии крупных артерий		Q25.8	
	и) врожденная аномалия крупных артерий неуточненная		Q25.9	
7.	Агенезия и другие редукционные дефекты почки		Q60	Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе
8.	Экстрофия мочевого пузыря		Q64.1	
9.	Врожденный множественный артрогрипоз		Q74.3	
10.	Дистрофическая дисплазия		Q77.5	Костей и позвоночника
11.	Незавершенный остеогенез		Q78.0	Врожденная ломкость костей
12.	Врожденное отсутствие конечности(ей) неуточненной(ых)		Q73.0	
13.	Краниосиностоз		Q75.0	
ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН				
1.	Травма матки		S37.6	При которой невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности. Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей

---

[1] Далее - ВРТ.

[2] Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у), или карту стационарного больного, или карту пациента акушерско-гинекологического профиля в условиях стационара дневного пребывания, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД_____

_____ Код организации по ОКПО_____

Адрес Медицинская документация

_____ Утверждена приказом Минздрава России

от "____"_____20__г. N_____

N карты_____ N попытки_____

Ф.И.О._____,_____г. рождения

Диагноз:_____

_____

Предполагаемая программа вспомогательных репродуктивных технологий

(искусственной инсеминации):

_____

_____

в естественном цикле	мужа (партнера)	пациенткиооцитыдонора
с овариальной стимуляцией	спермадонора	

(нужное подчеркнуть)

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Протокол овариальной стимуляции

Дата	
День цикла (стимуляции)	
Наименование лекарственных препаратов (по вертикали)*	

_____

* Ячейки по горизонтали для отметки о применении лекарственного препарата

_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Мониторинг ответа яичников и состояния эндометрия на овариальную стимуляцию

Дата	День цикла	Эндометрий (м-эхо)	Правый яичник (число и размер фолликулов)	Левый яичник (число и размер фолликулов)

Замечания:_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Протокол трансвагинальной пункции фолликулов яичников

Дата	Время	День цикла		
Жалобы				
Состояние _____ Кожные покровы и видимые слизистые АД___/____мм.рт.ст. Т___С.		Пульс _____ уд/мин.		
Пункция фолликулов				
Пунктировано	Особенности операции:			
Промыто				
Ооцитов				
	Врач:			
Анестезиологическое пособие		АД мм.рт.ст.	Пульс д/мин	
		Врач:		

Искусственная инсеминация

Сперма: мужа, донора, партнера, не подвергнутая криоконсервации, криоконсервированная (нужное подчеркнуть)

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Культивирование ооцитов и эмбрионов

Условия культивирования,

инсеминация in vitro

Программа вспомогательных репродуктивных технологий:

_____

Среда_____

Дата						
N	Оценка ооцита	Оплодотворение	Дробление	Эмбриоперенос	GR	Прим.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Замечания_____

Эмбриолог_____ _____

Ф.И.О. подпись

Протокол переноса свежих эмбрионов в полость матки

Дата	День цикла	Перенесено эмбрионов	1, 2
Отменен по причине:			
	Особенности переноса		
	Пулевые щипцы		
	Смена катетера		
	Повторный перенос		
	Врач:		

Осложнения

Синдром гиперстимуляции яичников	нет		да	1 ст.	2 ст.	3 ст.
Другие осложнения:						
Лечение	амб.	стац.				

(нужное отметить)

Замечания:_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Криоконсервация эмбрионов/ооцитов

Дата криоконсервации			
Число замороженных эмбрионов/ооцитов			
Стадии и морфологическая оценка эмбрионов/ооцитов (по соломинкам) (выделить нужное)	1. 2. 3.	4. 5. 6.	7. 8. 9.
Время культивирования до криоконсервации			
Криопротектор/Криосреда			
N Дьюара/пенала			
Кодировка/цвет			

Замечания:_____

Эмбриолог_____ _____

Ф.И.О. подпись

Перенос криоконсервированных эмбрионов

Дата размораживания	
Число размороженных эмбрионов	
Выживаемость	
Фрагментация эмбрионов:50%100%	
Дата переноса эмбриона (ЭТ)	
Число переносимых эмбрионов	
Стадии развития эмбрионов на момент переноса	

Замечания:_____

Эмбриолог_____ _____

Ф.И.О. подпись

Поддержка лютеиновой фазы цикла

	Дата ЭТ		
N п/п	Наименование лекарственных препаратов	1 [1].	
		2 [2].	

_____

[1] Ячейки по горизонтали для указания даты.

[2] Ячейки по горизонтали для отметки о применении лекарственного препарата.

_____

Диагностика беременности

Дата	День после ЭТ	Хорионический гонадотропин (ХГ)	Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Исход лечения

Беременность (УЗИ+, уровень ХГ)	Маточная (если многоплодная - указать)	Внематочная (УЗИ-, уровень ХГ)	Беременность не наступила (УЗИ-, уровень ХГ)	Нет данных

Заключение по законченному циклу лечения и рекомендации:

_____

_____

_____

Дата_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Приложение N 4

к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Индивидуальная карта донора спермы

Анкета донора спермы1

┌──────────────┐
│   │
└──────────────┘

┌──────────────┐

Код анонимного донора

Ф.И.О._____

Дата рождения_____

Национальность_____

Расовая принадлежность_____

Паспортные данные_____

_____

Фактический адрес проживания_____

Контактный телефон_____

Образование_____Профессия_____

Подвергается ли воздействию вредных и/или опасных производственных

факторов (да/нет)

Если да, каких:_____

Семейное положение (холост/женат/разведен)

Наличие детей (есть/нет)

Наследственные заболевания в семье (есть/нет)

Вредные привычки:

Курение (да/нет)

Употребление алкоголя (с частотой _____/не употребляю)

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без

назначения врача (никогда не употреблял/с частотой_____/регулярно)

Сифилис, гонорея, гепатит (не болел/болел)

Имели ли Вы когда-нибудь положительный или неопределенный ответ при

обследовании на ВИЧ, вирус гепатита В или С? (да/нет)

Находится/не находится под диспансерным наблюдением в

кожно-венерологическом диспансере / психоневрологическом диспансере /

наркологическом диспансере_____

У какого врача-специалиста_____

Фенотипические признаки

Рост_____Вес_____

Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые)

Цвет волос_____

Разрез глаз (европейский/азиатский)

Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)

Нос (прямой/с горбинкой/курносый/широкий)

Лицо (круглое/овальное/узкое)

Наличие стигм_____

Лоб (высокий/низкий/обычный)

Размер одежды_____обуви_____

Дополнительные сведения о себе (для заполнения не обязательны)_____

_____

Чем болел за последние 2 месяца_____

Карта обследования донора спермы

┌──────────────┐
│   │
└──────────────┘

┌──────────────┐

Код анонимного донора

Ф.И.О._____

Группа крови и Rh-фактор_____(_____) Rh (_____)

Вид обследования	Дата	Заключение специалиста / результат
Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика)		Противопоказанийк донорству спермы нет
Заключение врача-психиатра-нарколога		Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере не установлено
Заключение врача-психиатра		Диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере не установлено
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		Противопоказанийк донорству спермы нет
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога		Противопоказанийк донорству спермы нет
Спермограмма		
Цитогенетическое исследование (кариотип)		
Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови		
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование		
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови		

Заключение врача:_____

_____

_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата:_____

Заключение врача:_____

_____

_____

_____

_____

_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата:_____

Календарь медицинского обследования донора спермы

Код анонимного донора

Дата: число, месяц, год	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта												
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога												
Спермограмма												
Цитогенетическое исследование (кариотип)												
Группа крови и Rh-фактор												
Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови												
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B vims) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови												
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови												
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови												

Лист опроса донора спермы

Код анонимного донора

(заполняется перед каждой сдачей спермы)

Ф.И.О._____

Дата_____Самочувствие (хорошее/плохое/удовлетворительное)

Жалобы (есть/нет). Какие_____

Принимали ли Вы за последний месяц лекарственные препараты? Какие?

_____

Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача? Какого?

_____

Имели ли Вы контакты с больными вирусным гепатитом за последние

6 месяцев?_____

Имели ли Вы случайные половые связи за последние 6 месяцев?

_____

Принимали ли Вы наркотические средства и/или психотропные вещества путем инъекций без назначения врача?_____

Чем болел за последний месяц_____

Подпись_____

1 В случае анонимного донорства графы "ФИО", "дата рождения" (за исключением года), "паспортные данные", "фактический адрес проживания", "контактный телефон" не заполняются.

Приложение N 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Индивидуальная карта донора ооцитов

Анкета донора ооцитов 1

Код анонимного донора

Дата заполнения "____"_____20___г.

Ф.И.О._____

Дата рождения_____

Национальность_____

Расовая принадлежность_____

Паспортные данные_____

Фактический адрес проживания_____

Контактный телефон_____

Образование_____Профессия_____

Подвергается ли воздействию вредных и/или опасных производственных факторов (да/нет) Если да, какие?_____

Семейное положение (не замужем/замужем/разведена)

Наличие детей (есть/нет). Возраст последнего ребенка_____лет

Наследственные заболевания в семье (есть/нет), какие_____

Вредные привычки:

Курение (да/нет)

Употребление алкоголя (с частотой_____/не употребляю)

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без назначения врача (никогда не употреблял/с частотой _____ /регулярно)

Сифилис, гонорея, гепатит (не болел/болел)

Имели ли Вы когда-нибудь положительный или неопределенный ответ при обследовании на ВИЧ, вирус гепатита В или С? (да/нет)

Находится/не находится под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом диспансере / психоневрологическом диспансере / наркологическом диспансере_____

Фенотипические признаки

Рост_____Вес_____

Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые)

Цвет волос_____

Глаза (большие/средние/маленькие)

Разрез глаз (европейский/азиатский)

Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)

Лицо (круглое/овальное/узкое)

Нос (большой/средний/маленький)

Форма носа (прямой/с горбинкой/курносый/широкий)

Лоб (высокий/низкий/обычный)

Наличие стигм_____

Телосложение (нормостеник/астеник/гиперстеник)

Размер одежды _____обуви_____бюстгальтера_____

Карта обследования донора ооцитов

Код анонимного донора

Ф.И.О._____

Группа крови и Rh-фактор:_____(_____) Rh (_____)

Вид обследования	Дата	Заключение специалиста / результат
Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика)		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Заключение врача-психиатра		Диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере не установлено
Заключение врача-психиатра-нарколога		Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере не установлено
Прием (осмотр,консультация)врача-терапевта		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Прием (осмотр,консультация)врача-акушера-гинеколога		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Электрокардиограмма		
Флюорография легких		
Ультразвуковое исследование матки и придатков		
Ультразвуковое исследование молочных желез		
Цитогенетическое исследование (кариотип)		
Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)		
Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови		
Определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови		
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови		
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови		
Общий (клинический) анализ крови		
Анализ кровибиохимическийобщетерапевтический		
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)		
Анализ мочи общий (клинический)		
Микроскопическое исследование влагалищных мазков		
Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)		
Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)		
Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла		
Исследование уровня антимюллерова гормона в крови		

Чем болела за последние 2 месяца_____

Заключение врача:_____

_____

_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата:_____

_____

[1] В случае анонимного донорства графы "ФИО", "дата рождения" (за исключением года), "паспортные данные", "фактический адрес проживания", "контактный телефон" не заполняются.

_____

Приложение N 6
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов

N п/п	Ф.И.О. пациента	Поступление спермы		Вид и среда криоконсервации	Место хранения в криохрани-лище	Число порций спермы	ФИО, подпись эмбриолога	Дата размораживания спермы	Расход спермы			ФИО, подпись эмбриолога
		дата сдачи спермы	спермо-грамма						число израсходованных порций спермы	результат исследования размороженной спермы	число оставшихся порций криоконсервированной спермы	

Приложение N 7
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы

Код анонимного донора

N п/п	N (код) донора спермы	Поступление спермы		Вид и среда криоконсервации	Место хранения в криохрани-лище	Число порций спермы	ФИО, подпись эмбриолога	Дата размораживания спермы	Расход спермы			ФИО, подпись эмбриолога
		дата сдачи спермы	спермо-грамма						число израсходованных порций спермы	результат исследования размороженной спермы	число оставшихся порций криоконсервированной спермы	

Приложение N 8
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток

N п/п	Ф.И.О. пациентки	N медицинской карты амбулаторного больного [1]	Дата криоконсервации	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных ооцитов	Число оставшихся ооцитов	Число размножених /число оплодотворенных ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога

[1] форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный N 50614).

Приложение N 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов

N п/п	N (код) донора ооцитов	Поступление ооцитов					Расход ооцитов			Номер медицинской карты амбулаторного больного [1] (реципиента)	ФИО, подпись эмбриолога
		Дата забора ооцитов	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата инсеминации	Число размороженных ооцитов	Качество размороженных ооцитов		

[1] форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный N 50614).

Приложение N 10
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациентов

N п/п	Ф.И.О. пациентов	N медицинской карты амбулаторного больного [1]	Дата криоконсервации	Число эмбрионов	Сутки развития эмбрионов	Стадия и качество/ оценка эмбрионов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных эмбрионов	Качество эмбрионов после размораживания	Чи перене эмбр

[1] форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2018 г. N 2н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2018 г., регистрационный N 50614).

Приложение N 11
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров

N п/п	N (код) донора ооцитов для эмбрионов	N (код) донора спермы для эмбрионов	Дата криоконсервации	Число эмбрионов	Сутки развития эмбрионов	Стадия и качество/ оценка эмбрионов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных эмбрионов	Качество эмбрионов после размораживания	Число перенесен эмбрионо

Приложение N 12
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Журнал учета искусственных инсеминаций

Дата	Ф.И.О. пациентки	N медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях/ карты стационарного больного	Номер донора	Донорская/ гомологичная сперма	Замороженная/ не подвергнутая криоконсервации сперма	Спермограмма	Проведено процедур ИОСД	ФИО, подпись эмбриолога

Приложение N 13
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации

Я (Мы),_____

_____,

(Ф.И.О., год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);

- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);

- искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:

криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Прошу (просим) провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ ИКСИ/ИИ и известно, что:

для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;

в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуется изменить план или способ лечения;

лечение может оказаться безрезультатным;

преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;

сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;

до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания /размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению.

Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

| | даю(ем) согласие | | не даю(ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

- криоконсервировать

- утилизировать

- донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Я (Мы) предупреждена(ы) о том, что лечение программой ЭКО/ ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи

(расшифровка)_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата_____

Приложение N 14
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. N 803н

Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов)

Я,_____,

Ф.И.О., год рождения

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у

меня многоплодной беременностью, даю информированное добровольное

согласие на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции

_____эмбриона(ов)/плода(ов).

Медицинским работником_____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я информирована, что операция редукции эмбриона(ов)/плода(ов) может привести к прерыванию беременности.

Я понимаю, что по причинам, не зависящим от врачей и медицинского персонала, в результате оперативного внутриматочного вмешательства возможно развитие таких осложнений, как:

кровотечение;

инфекционно-септические заболевания;

аллергические реакции на вводимые препараты;

тромбоэмболические осложнения,

которые могут потребовать интенсивной терапии и/или незапланированного оперативного вмешательства (вплоть до удаления матки и ее придатков).

Заявляю, что изложила медицинскому работнику все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне медицинским работником о целях, методах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах; я имела возможность обсудить с медицинским работником все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Ф.И.О., подпись_____

Врач_____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата_____