Проект

**Постановление Правительства Кыргызской Республики**

**«Об утверждении Положения об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению»**

В целях реализации пунктов: 10, 2, 9, 3 статей: 18, 19, 20 21 соответственно Закона Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» и определения порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий Правительство Кыргызской Республики постановляет:

1. Утвердить Положение об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению (Приложение 1);

2. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на отдел образования, культуры и спорта Аппарата Правительства Кыргызской Республики.

3. Настоящее постановление вступает в силу по истечении пятнадцати дней со дня его официального опубликования

**Премьер-министр**

**Кыргызской Республики С. Жээнбеков**

**Справка-обоснование**

**к проекту постановления Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению»**

Бесплодие является актуальной медико-социальной проблемой и число бесплодных браков неуклонно увеличивается с каждым годом. В настоящее время бурно развиваются медицинские технологии, в их числе вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), оказывающие значительное влияние на решение проблемы бесплодия.

Решение задач по сокращению уровня материнской и младенческой смертности, укреплению репродуктивного здоровья населения включает в себя обеспечение доступности и повышения качества медицинской помощи по восстановлению репродуктивного здоровья, в том числе ВРТ.

Вероятность наступления беременности в расчете на одну попытку с использованием ВРТ составляет 30-40% против 8-25% при естественном зачатии. Современные ВРТ насчитывают более 10 методов, число которых постоянно расширяется. Все больше детей рождается с применением методов искусственной репродукции человека. При этом, действующее законодательство Кыргызской Республики, регулирующее общественные отношения, возникающие в связи с применением методов искусственной репродукции человека, далеко от совершенства.

Настоящее Положение об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению разработан нами в реализацию пункта 10 статьи 18 «Порядок и условия использования метода суррогатного материнства», пункта 2 статьи 19 «Порядок и условия донорстваполовых клеток»,пункта 9 статьи 20 «Порядок проведения искусственного оплодотворения», пункта 3 статьи 21 «Порядок хранения и условия использования половых клеток» Закона Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» и определяет порядок оказания медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием ВРТ.

Утверждение «Положения об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению» позволит упорядочить направления пациентов на лечение бесплодия с применением ВРТ и повысит эффективность проведения лечения бесплодия.

По результатам проведенного анализа действующих норм национального и международного законодательства установлено, что нормы представленного законопроекта не противоречат действующим нормативным правовым актам, а также проект не подлежит анализу регулятивного воздействия, поскольку не направлен на урегулирование предпринимательской деятельности.

Принятие обозначенного проекта не повлечет за собой социальных, экономических, правовых, правозащитных, гендерных, экологических и коррупционных последствий.

В соответствии с требованиями статьи 22 Закона «О нормативных правовых актах Кыргызской Республики» данный проект размещен на официальных сайтах Правительства Кыргызской Республики и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики для общественного обсуждения.

Отмечаем, что принятие данного законопроекта дополнительных финансовых затрат из государственного бюджета не потребует.

**Министр Т.А. Батыралиев**

Приложение 1

**Положение об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на территории Кыргызской Республики, а также противопоказания и ограничения к их применению.

1.2. Вспомогательные репродуктивные технологии 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.

Медицинская помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий пациентам с бесплодием оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

1.3. Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее - пациенты). Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – пациент).

1.4. Оказание медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий проводится на основе обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мужчины и женщины, либо информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одинокой женщины по форме согласно приложению № 12.

1.5. Оказывать медицинскую помощь с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий вправе медицинские организации, созданные как Центры вспомогательных репродуктивных технологий, либо частные медицинские и иные организации, имеющие в структуре лабораторию (отделение) вспомогательных репродуктивных технологий, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее - медицинские организации).

1.6. Вопросы организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения Центра (отделения, лаборатории) вспомогательных репродуктивных технологий определены в приложениях № 1, № 2 и № 3 к настоящему Положению.

**II**. **Этапы оказания медицинской помощи**

Отбор пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий

2.1. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее-ВРТ) осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Обследование женщин проводится в государственных и частных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий). Обследование мужа, мужчины, не состоявшего в браке с женщиной (далее - партнер), давшего совместно с женщиной информированное добровольное согласие на применение ВРТ, осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии.

2.2. Для определения показаний к применению ВРТ и установления причин бесплодия осуществляется:

а) оценка эндокринного и овуляторного статуса (определение уровня пролактина, гонадотропинов и стероидных гормонов в крови, ультразвуковое трансвагинальное исследование матки и придатков);

б) оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия;

в) оценка состояния эндометрия (ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия), гистероскопия, биопсия тканей матки (эндометрия);

г) исследование эякулята мужа (партнера), в случае выявления агглютинации сперматозоидов проводится смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов;

д) обследование мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций.

2.3. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3-6 месяцев.

2.4. В случае, если после установления причины бесплодия проведенное лечение, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, стимуляцию овуляции и терапию мужского фактора бесплодия, признано неэффективным (отсутствие беременности в течение 9-12 месяцев), пациенты направляются на лечение с использованием ВРТ. Женщины старше 35 лет по решению консилиума врачей направляются на лечение с использование ВРТ до истечения указанного срока.

2.5. **Объём обследования пред проведением программы ЭКО\ИИ:**

**Обязательный объём исследований для женщин:**

а) Консультация репродуктолога, УЗИ органов малого таза и молочных желез, определение в крови уровня гормонов: пролактина, ЛГ и ФСГ, тестостерона, ТТГ на 2-5 день менструального цикла, исследование состояния полости матки и маточных труб методом гистересальпигографии и\или лапароскопии, исследование на инфекции: хламидиоз, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, уреаплазма., микоплазма, токсоплазмоз, краснуха, анализ крови на сифилис, вирус иммунодефицита, гепатиты В и С, исследование мазков на флору из уретры и цервикального канала и на степень чистоты влагалища, цитологическое исследование из шейки матки, определение группы крови и резус фактора, осмотр терапевта с предоставлением заключения о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, волчаночный антикоагулянт, электрокардиограмма, медико-генетическое консультирование с проведением клинико-генеалогического анализа и фенотипического осмотра, флюорография, справка с психоневрологического диспансера.

2.6. **Объём исследований для женщин по показаниям:**

а) Определение в крови эстрадиола, кортизола, трийодтиронина, тироксина, дегидроэпиандростендиона, антимюллеровского гормона (АМГ), бактериологическое исследование из уретры и цервикального канала, обследование на наличие антиспермальных и антифосфолипидных антител, цитогенетический анализ кариотипа, гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия, осмотр других специалистов по показаниям с предоставлением заключения.

б) Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 4 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют. При обнаружении во время гистероскопии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия.

2.7 **Обязательный объём исследований для мужчин перед проведение программы ЭКО:**

Консультация уролога андролога, спермограмма, морфологическое исследование эякулята, MARтест, микроскопия мазка из уретры, определение группы крови и резус фактора, анализ крови на сифилис, вирус иммунодефицита, гепатиты В и С, исследование на инфекции: хламидиоз, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, уреаплазма, микоплазма, токсоплазмоз, краснуха.

2.8. **Обследование мужчин по показаниям:**

УЗИ исследование органов мошонки, органов малого таза, пролактина, ЛГ и ФСГ, тестостерона, исследование секрета предстательной железы, определение кариотипа, гипоосмолярный тест и флотация спермы (при некроспермии), исследование хроиосомсперматозоидов, бактериологический посев спермы, бактериоскопический посев мочи и отделяемой из уретры, общий анализ крови, общий анализ мочи, моча по Нечипоренко, НВА тест

**III. Показания к использованию ВРТ:**

Базовая программа ВРТ (экстракорпоральное оплодотворение)

3.1. **Показаниями** для проведения базовой программы экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) являются:

а) бесплодие, не поддающееся лечению, в том числе с использованием методов эндоскопической и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины в течение 9-12 месяцев с момента установления диагноза;

б) заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО.

3.2. **Перечень противопоказаний для проведения ЭКО**

а) Инфекционные заболевания: туберкулез открытые формы, острые и обострение хронических гепатитов A, B, C, D, G.

б) Болезнь, вызванная ВИЧ - стадии инкубации, первичные клинические проявления, вторичные клинические проявления, терминальная- возможно или в субклинической стадии или в стадии ремиссии

в) Онкологические заболевания в анамнезе - заключение врача онколога.

3.3. **Ограничениями к применению программы ЭКО являются:**

а) снижение овариального резерва (по данным ультразвукового исследования яичников и уровня антимюллерова гормона в крови);

б) состояния, при которых лечение с использованием базовой программы ЭКО неэффективно и показано использование донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства;

в) наследственные заболевания, сцепленные с полом, у женщин (гемофилия, мышечная дистрофия Дюшенна, ихтиоз, связанный с X-хромосомой, амиотрофия невральная Шарко-Мари и другие) (по заключению врача-генетика возможно проведение базовой программы ЭКО с использованием собственных ооцитов при обязательном проведении преимплантационной генетической диагностики).

3.4. На пациентов, которым проводится базовая программа ВРТ (ЭКО), оформляется вкладыш в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного при применении методов ВРТ по форме согласно приложению № 3.

3.5. Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:

а) стимуляция суперовуляции с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропин-рилизинг гормонов, гонадотропинов, менотропинов, аналогов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции;

б) пункция фолликулов яичника трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения яйцеклеток с обезболиванием (при невозможности выполнения трансвагинального доступа ооциты могут быть получены лапароскопическим доступом), метод обезболивания определяется врачом анестезиологом-реаниматологом при условии получения информированного добровольного согласия пациентки;

в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера);

г) культивирование эмбрионов;

д) внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (в полость матки следует переносить не более 2 эмбрионов, решение о переносе 3 эмбрионов принимается пациенткой посредством дачи информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске невынашивания беременности, низкой выживаемости и высоком риске инвалидности среди недоношенных детей).

3.6. Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении лишних половых клеток (эмбрионов) принимает лицо, которому принадлежат данные половые клетки (эмбрионы), с оформлением письменного согласия и договора о донорстве и криоконсервации с указанием срока их хранения.

3.7. Поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла проводится лекарственными препаратами фармакотерапевтических групп производных прегнена и прегнадиена в соответствии с инструкцией по применению.

3.8. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов. Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 дня после переноса эмбрионов.

3.9. В случае диагностики многоплодной беременности в целях профилактики осложнений во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанных с многоплодием, проводится операция редукции эмбриона (ов) при наличии информированного добровольного согласия по форме согласно приложению № 13.

3.10. Число эмбрионов, подлежащих редукции, определяется женщиной с учетом рекомендации лечащего врача.

3.11. Выбор сохраняемых и подлежащих редукции эмбрионов должен проводиться с учетом данных ультразвукового исследования, характеризующих их состояние, в сроке до 12 недель беременности.

3.12. Доступ к эмбрионам (трансвагинальный, трансцервикальный, трансабдоминальный) и метод прекращения их развития выбирается в каждом конкретном случае лечащим врачом.

3.13. Абсолютными противопоказаниями для проведения операции по уменьшению числа развивающихся эмбрионов являются острые воспалительные заболевания любой локализации.

3.14. Относительным противопоказанием для проведения операции по уменьшению числа развивающихся эмбрионов является угроза прерывания беременности.

3.15. **Осложнения при проведении программы ЭКО:**

Синдром гиперстимуляции яичиков легкой средней, тяжелой степени, разрыв кисты яичника, эктопическая беременность, самопроизвольный аборт, многоплодная беременность, рождение ребенка с врожденными патологиями.

В случае возникновение осложнений пациенты должны обращаться по месту проведения программы ЭКО

**Инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита**

3.16. Показаниями для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (далее - ИКСИ) являются:

а) тяжелое нарушение сперматогенеза;

б) эякуляторная дисфункция;

в) отсутствие или низкий процент оплодотворения (менее 20%) ооцитов в предыдущей программе ЭКО;

г) малое количество ооцитов (менее 4-х).

3.17. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются:

а) обструктивная азооспермия;

б) эякуляторная дисфункция, в том числе ретроградная эякуляция.

3.18. Противопоказаниями для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

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

3.20. Перед переносом эмбрионов в полость матки по показаниям (возраст пациентки старше 35 лет; 3 и более неудачные попытки ЭКО с переносом эмбрионов хорошего качества в анамнезе; изменение морфологии блестящей оболочки, использование криоконсервированных эмбрионов) рекомендуется производить рассечение блестящей оболочки (хэтчинг).

3.21. При высоком риске рождения детей с наследственными заболеваниями рекомендуется проведение преимплантационной генетической диагностики.

**Криоконсервация половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов**

3.22. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов (далее также - биоматериалы) за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики;

3.23. Криоконсервация и хранение половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов 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.

3.24. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

а) необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов до начала проведения химиотерапии и/или лучевой терапии;

б) необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ;

в) необходимость хранения донорских половых клеток для использования при лечении бесплодия, в том числе в программах ВРТ.

Криоконсервация и хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов может осуществляться по желанию пациента.

3.25. Забор тканей репродуктивных органов у мужчин для криоконсервации осуществляется при наличии их информированного добровольного согласия 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.

3.26. При криоконсервации тканей яичка или придатка яичка замораживание производится при наличии в них сперматозоидов для последующего их использования в программе ЭКО (ИКСИ).

3.27. 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).

3.28. Транспортировка полученных биоматериалов должна проводиться при температуре 36,6-37°С. Материал должен быть доставлен в эмбриологическую лабораторию не позднее 3 часов с момента его получения.

3.29. Выбор оптимального метода замораживания и размораживания половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов определяется индивидуально.

3.30. Хранение криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов осуществляется в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот.

3.31. Медицинская организация несет ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики за хранение и соблюдение условий криоконсервации половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов.

3.32. Транспортировка половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов осуществляется медицинской организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов.

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

а) дата криоконсервации с указанием вида биоматериала;

б) Ф.И.О. пациента (в случае криоконсервации эмбрионов - мужчины и женщины, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, Ф.И.О. анонимного донора(ров) не указывается);

в) качество замороженного биоматериала;

г) среда для криоконсервации и хранения биоматериала;

д) дата выдачи биоматериала для транспортировки;

е) подпись лица, принявшего биоматериал для транспортировки.

3.34. По письменному заявлению пациента криоконсервированные половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы выдаются на руки пациенту.

3.35. При проведении программы ЭКО с использованием криоконсервированных ооцитов пациенток и спермы пациентов осуществляется ведение следующей медицинской документации:

а) журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток по форме согласно приложению № 8;

б) журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов по форме согласно приложению № 6.

**Использование донорских ооцитов**

3.36. Донорами ооцитов имеют право быть женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Донорами ооцитов могут быть как неанонимные, так и анонимные доноры.

3.37. Показаниями для использования донорских ооцитов в программах ВРТ являются:

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

б) неудачные повторные попытки проведения программы ЭКО (ИКСИ) (3 и более) при недостаточном ответе яичников на стимуляцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности, снижение овариального резерва.

3.38. На донора ооцитов оформляется индивидуальная карта донора ооцитов по форме согласно приложению № 5.

3.39. При проведении ВРТ с использованием донорских ооцитов стимуляция суперовуляции и пункция фолликулов яичника для получения яйцеклеток проводится у женщины-донора. Противопоказаними к получению ооцитов у донора является наличие у нее заболеваний (состояний), включенных в Перечень противопоказаний.

3.40. Донорство ооцитов осуществляется при наличии информированного добровольного согласия женщины-донора на проведение стимуляции суперовуляции, пункции яичников и использование ее ооцитов для других пациентов.

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

3.42. Донорам ооцитов проводится обследование в соответствии с пунктами 11-15 настоящего Порядка.

3.43. При использовании донорских ооцитов ведется журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов по форме согласно приложению № 9.

**Использование донорской спермы**

3.44. Донорами спермы имеют право быть мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Донорами спермы могут быть как неанонимные, так и анонимные доноры.

3.45. Показаниями для проведения ЭКО с использованием донорской спермы являются:

а) неэффективность программы ЭКО (ИКСИ) с использованием спермы мужа (партнера);

б) отсутствие полового партнера у женщины;

в) азооспермия у мужа (партнера);

г) наследственные заболевания у мужа (партнера).

3.46. Донорство спермы осуществляется при наличии согласия мужчины-донора после прохождения клинического, лабораторного, медико-генетического обследования.

3.47. На донора спермы заполняется индивидуальная карта донора спермы по форме согласно приложению № 4.

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

3.49. Донорам спермы проводится обследование в соответствии с пунктами 11 и 16 настоящего Порядка.

3.50. При применении донорской спермы осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы по форме согласно приложению № 7.

3.51. Разрешается применение только криоконсервированной донорской спермы после получения повторных (через шесть месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов обследования донора на определение антител к бледной трепонеме в крови, антител класса М, G к ВИЧ 1, ВИЧ 2, антител к вирусам гепатитов В и С.

**Использование донорских эмбрионов**

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

3.53. С целью донорства могут быть использованы эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО пациентам при условии их обоюдного письменного согласия.

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

3.55. 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.

3.56. 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 ЭКО).

3.57. Женщинам-реципиентам донорских эмбрионов проводится обследование в соответствии с пунктами 11-13 и 15 настоящего Положения.

4. При применении криоконсервированных донорских эмбрионов осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов по форме согласно приложению № 10.

**Суррогатное материнство**

5. 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 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 медицинским показаниям\*(3).

6. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки\*(4).

7. **Показаниями к применению суррогатного материнства являются:**

а) отсутствие матки (врожденное или приобретенное);

б) деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;

в) патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия);

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

д) неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;

е) привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

8. Противопоказанием для переноса эмбрионов суррогатной матери является наличие у нее заболеваний (состояний), включенных в Перечень противопоказаний.

9. Участие суррогатной матери в лечении бесплодия ВИЧ-инфицированных потенциальных родителей допускается на основе ее информированного добровольного согласия, полученного после консультации врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и предоставления ей полной информации о возможных рисках для её здоровья.

10. Обследование суррогатной матери проводится в соответствии с пунктами 11-13 и 15 настоящего Порядка.

11. При реализации программы суррогатного материнства проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:

а) синхронизация менструальных циклов генетической матери и суррогатной матери;

б) стимуляция суперовуляции генетической матери с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропинов, менотропинов, аналогов или антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, в соответствии с инструкцией по применению, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции;

в) пункция фолликулов генетической матери трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения яйцеклеток (при невозможности выполнения трансвагинального доступа ооциты могут быть получены лапароскопическим доступом);

г) инсеминация ооцитов генетической матери специально подготовленной спермой мужа (партнера) или донора;

д) культивирование эмбрионов;

е) перенос эмбрионов в полость матки суррогатной матери (следует переносить не более 2 эмбрионов, решение о переносе 3 эмбрионов принимается суррогатной матерью посредством дачи информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске невынашивания многоплодной беременности, низкой выживаемости и высоком риске инвалидности среди недоношенных детей).

**Искусственная инсеминация спермой мужа (партнера) или донора**

12**. Показаниями для проведения искусственной инсеминации** (далее - ИИ) донорской спермой являются:

а) **со стороны мужа (партнера):**

тяжелое нарушение сперматогенеза;

эякуляторно-сексуальные расстройства;

высокий риск развития наследственных заболеваний.

б) **со стороны женщины:**

отсутствие полового партнера.

13. При ИИ донорской спермой допускается применение нативной и криоконсервированной спермы.

14. Показаниями для проведения ИИ спермой мужа (партнера) являются:

а) **со стороны мужа** (партнера):

субфертильная сперма;

эякуляторно-сексуальные расстройства;

б**) со стороны женщины:**

бесплодие цервикального происхождения;

вагинизм.

15. При ИИ спермой мужа (партнера) допускается использование нативной, предварительно подготовленной или криоконсервированной спермы.

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

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

18. 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.

19. ИИ может применяться как в естественном цикле, так и с использованием стимуляции овуляции и суперовуляции (при ановуляции) в соответствии с инструкцией по применению.

20. При проведении ИИ осуществляется ведение журнала учета искусственных инсеминаций по форме согласно приложению № 11.

**Применение ВРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов**

21. ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к отбору пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ.

22. По эпидемиологическим показаниям ВРТ проводится в дискордантных парах (когда ВИЧ-инфекция диагностирована только у одного партнера) с целью снижения риска инфицирования партнера при попытке зачатия.

23. Противопоказаниями к проведению ВРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов являются заболевания (состояния), включенные в Перечень противопоказаний.

24. Пациентам с ВИЧ-инфекцией в стадии инкубации (стадия 1) и острой стадии (2А, 2Б, 2В) рекомендуется отсрочить использование ВРТ до перехода заболевания в субклиническую стадию (стадия 3). Женщинам в стадии вторичных заболеваний (4А, 4Б, 4В) в фазе прогрессирования также рекомендуется отсрочить проведение ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительность ремиссии - не менее 6 месяцев.

25. ВРТ рекомендуется проводить при достижении неопределяемого уровня РНК ВИЧ в крови в двух последовательных исследованиях, сделанных с интервалом не менее 3 месяцев. В случае отсутствия полного подавления РНК ВИЧ в ходе антиретровирусной терапии вопрос о проведении ВРТ решается консилиумом врачей.

26. Мужчине и женщине перед началом лечения с использованием ВРТ проводится обследование в соответствии с пунктами 11-15 настоящего Порядка, за исключением анализа на антитела к ВИЧ, который ВИЧ-позитивному пациенту не проводится.

27. Мужчине и женщине, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции, или одинокой ВИЧ-инфицированной женщине назначается консультация врача-инфекциониста Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями по вопросу снижения риска передачи ВИЧ-инфекции партнеру и будущему ребенку, по результатам которой оформляется выписка из медицинской документации с указанием стадии и фазы ВИЧ-инфекции, результатов лабораторного обследования в течение последних 3 месяцев (уровень лимфоцитов (СД 4), вирусная нагрузка) и медицинского заключения о возможности проведения ВРТ в настоящее время или целесообразности отсрочить проведение ВРТ до достижения субклинической стадии заболевания, фазы ремиссии и неопределяемого уровня РНК ВИЧ. Женщинам с ВИЧ-инфекцией перед проведением ВРТ рекомендуется лечение антиретровирусными лекарственными препаратами независимо от наличия клинических и лабораторных показаний к их назначению. Неинфицированному пациенту выдается медицинское заключение об отсутствии ВИЧ-инфекции.

28. ВИЧ-инфицированная одинокая женщина, а также дискордантные по ВИЧ-инфекции мужчина и женщина в период проведения ВРТ наблюдаются совместно специалистами Центра (отделения, лаборатории) вспомогательных репродуктивных технологий (далее - Центр ВРТ) и Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. При наступлении беременности женщина наблюдается в установленном порядке акушером-гинекологом женской консультации и врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

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

30. 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.

31. С каждым образцом спермы, пунктатом фолликулов следует обращаться как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций. Манипуляции со спермой ВИЧ-позитивных пациентов следует проводить в ламинарных шкафах не менее чем 2 класса биологической защиты. 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.

Особенности использования ВРТ у серодискордантных пар в случае, когда ВИЧ-инфицирован только мужчина

32. 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, ИКСИ, ИИ специально подготовленными сперматозоидами мужа (партнера).

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

34. 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 не инфицирована ВИЧ.

35. При отсутствии у мужчины и женщины бесплодия возможно использование метода ИИ женщины без проведения стимуляции суперовуляции или с таковой по показаниям. При наличии факторов бесплодия у дискордантной супружеской пары применяются другие методы ВРТ.

36. В случае отказа мужчины и женщины от использования донорской спермы применяется специально подготовленная (отмытая) сперма мужа (партнера).

37. Для контроля качества подготовленной спермы рекомендуется проведение проверки супернатанта (надосадочной жидкости после центрифугирования или седиментации) на наличие ВИЧ-инфекции.

38. При определении ВИЧ-инфекции в полученном супернатанте он не используется в программах ВРТ, и пациентам рекомендуется использование донорской спермы.

39. Возможно проведение криоконсервации дополнительной порции, специально подготовленной (отмытой) ВИЧ-отрицательной порции спермы ВИЧ-инфицированного мужчины.

40. Наблюдение врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями женщины, беременность у которой наступила в результате ВРТ, проводится в течение всей беременности.

Особенности проведения ВРТ ВИЧ-инфицированной женщине

41. Перед проведением ВРТ 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.

42. При назначении женщине лекарственных препаратов фармакотерапевтической группы эстрогенов и/или гестагенов следует учитывать их лекарственное взаимодействие с антиретровирусными лекарственными препаратами.

43. Стимуляцию овуляции 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. В период беременности не рекомендуется проведение инвазивных медицинских вмешательств (кордоцентез, взятие ворсин хориона, редукцию многоплодной беременности, хирургичекую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности и т.д.), которые могут привести к увеличению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

44. При проведении ЭКО (ИКСИ) рекомендуется переносить один эмбрион, перенос 2-х эмбрионов должен быть обусловлен клинической и эмбриологической целесообразностью и согласован с пациентами.

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

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности Центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Центр (лаборатория, отделение) вспомогательных репродуктивных технологий создается как самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение в составе медицинских и иных организаций, оказывающих медицинскую помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия.

3. Руководство Центром (лабораторией, отделением) вспомогательных репродуктивных технологий осуществляет главный врач (руководитель лаборатории, заведующий отделением).

4. Структура и штатная численность медицинских и иных работников Центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий устанавливается руководителем медицинской организации в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, предусмотренными приложением № 2 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению.

5. Центр (лаборатория, отделение) вспомогательных репродуктивных технологий может использоваться в качестве клинической базы образовательных организаций среднего, высшего и дополнительного профессионального (медицинского) образования и научных организаций.

6. Основные функции деятельности Центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий:

а) обследование и лечение пациентов с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;

б) консультативная помощь специалистам медицинских организаций по вопросам применения вспомогательных репродуктивных технологий;

в) проведение занятий и практических конференций с медицинскими работниками по вопросам использования вспомогательных репродуктивных технологий;

г) проведение оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи больным с бесплодием;

д) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в связи с лечением бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий;

е) организация профессиональной подготовки, переподготовки и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

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

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

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

к) ведение медицинской документации и представление отчетности о деятельности в установленном порядке;

л) проведение анализа показателей работы, эффективности медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества медицинской помощи с использованием ВРТ;

7. Центр (лаборатория, отделение) вспомогательных репродуктивных технологий проводит следующие мероприятия:

а) обследование пациенток, лечение выявленных нарушений у пациенток перед проведением программы ЭКО, подготовка к программе ЭКО;

б) проведение стимуляции суперовуляции в программе ЭКО;

в) ультразвуковой и гормональный мониторинг фолликулогенеза в программе ЭКО;

г) пункция яичников с целью получения ооцитов;

д) инсеминация ооцитов invitro сперматозоидами мужа, партнера или донора;

е) интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит,

ж) культивирование эмбрионов;

з) перенос эмбрионов в полость матки;

и) криоконсервация сперматозоидов, ооцитов и эмбрионов;

к) биопсия яичек или их придатков в случае отсутствия сперматозоидов в эякуляте;

л) хранение криоконсервированных эмбрионов, половых клеток и тканей репродуктивных органов;

м) преимплантационная генетическая диагностика;

н) проведение программ донации половых клеток и "суррогатного" материнства;

о) проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа (партнера) или донора.

8. Рекомендуемая структура Центра (лаборатории, отделения) вспомогательных репродуктивных технологий:

регистратура;

кабинеты врачей-акушеров-гинекологов;

кабинет врача-уролога\*;

кабинет ультразвуковой диагностики\*;

смотровой кабинет\*;

малая операционная (манипуляционная);

процедурный кабинет;

эмбриологическая комната;

помещение для сдачи спермы;

клинико-диагностическая лаборатория\*;

дневной стационар\*;

стерилизационная\*;

помещение криохранилища\*;

помещение ожидания для пациентов;

помещение для хранения инвентаря;

склад расходных материалов.

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

Наименование должности Количество должностей

Заведующий отделением - врач-акушер-гинеколог 1 должность

Врач-акушер-гинеколог (для проведения процедуры ЭКО) Не менее 2 должностей

Врач-анестезиолог-реаниматолог 1 должность

Врач ультразвуковой диагностики Из расчета норм времени на исследования

Врач клинической лабораторной диагностики или эмбриолог Не менее 2 должностей

Врач-уролог 1 должность

Старшая медицинская сестра 1 должность

Медицинская сестра из расчета 1 должность на каждую должность врача-специалиста

Медицинская сестра процедурной 1 должность

Операционная медицинская сестра (для проведения процедуры ЭКО) 1 должность

Медицинская сестра-анестезист 1 должность на 1 врача анестезиолога-реаниматолога

Медицинский регистратор - Не менее 1 должности

Лаборант 1 должность

Санитар Из расчета 1 должность на 3 должности врачей-специалистов, ведущих консультативный прием

Сестра-хозяйка 1 должность

**Приложение № 2**

**Перечень противопоказаний к проведению базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий**

Инфекционные заболевания:

 туберкулез открытые формы, острые и обострение хронических гепатитов A,B,C,D,G.

Болезнь, вызванная ВИЧ- стадии инкубации, первичные клинические проявления, вторичные клинические проявления, терминальная- возможно или в субклинической стадии или в стадии ремиссии

Онкологические заболевания в анамнезе- заключение врача онколога.

**Приложение № 3**

**Вкладыш в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного при применении методов вспомогательных репродуктивных технологий**

№ карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ попытки\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения

Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предполагаемый метод ВРТ:

ИИ ЭКО ИКСИ ПЕСА ТЕСА ПГД Крио

в естественном цикле мужа (партнера) сперма пациентки ооциты

с индукцией овуляции донора донора

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Протокол индукции суперовуляции

 Дата

 День цикла (стимуляции)

 Наименование лекарственных препаратов

 Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Мониторинг ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции**

Дата День цикла Эндометрий (м-эхо) Правый яичник (число и размер фолликулов) Левый яичник (число и размер фолликулов) Е2 (пг/мл)

Замечания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Протокол трансвагинальной пункции фолликулов**

Дата Время День цикла

Жалобы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Состояние\_\_\_\_\_\_. Кожные покровы и видимые слизистые\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_\_ уд./мин. А/Д \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт.ст. Т\_\_\_\_\_\_ С.

Пункция фолликулов

Пунктировано Особенности операции:

Промыто

Ооцитов

 Врач:

Анестезиологическое пособие АД/мм рт.ст. Пульс уд./мин.

 Врач:

**Инсеминация**

Сперма: мужа донора партнера

не подвергнутая криоконсервациикриоконсервированная

 Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Протокол программы ЭКО / ИКСИ №**

Д.ц. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Попытка № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Продолжительность бесплодия, лет \_\_\_\_\_\_

 **Стимуляция**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат |  Ед. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |   |
|  |  |

 |

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Год рождения:

Дата ТВП: \_\_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_\_\_ Получено клеток: \_\_\_\_\_\_\_ подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Эмбриолог Репродуктолог м/Сестра

**Предыдущие программы ВРТ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Год | Место проведения | Программа ВРТ | Исход |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Оплодотворение**

|  |  |
| --- | --- |
| **День 0** Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Инкубатор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Среда: IVF / ISM1Время денатурации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Добавление спермы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время ЭКО/ ИКСИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись эмбр./ конт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ | **День 1** Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Инкубатор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Среда: IVF / ISM1Время оценки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись эмбр./ конт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Стадия | ИКСИ | ЭКО | Аномалии  |
| VAC | NER | ASER | ZP |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PN | PB | Polar+/- | Аном.PN | ≤нукл. | Halo |   Аномалии  |
| VAC | ZP | др.аном.цитопл |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

Культивирование эмбрионов

день 2-3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **День 2** Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инкубатор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Среда: ISM 1/ Embryo Gen Время оценки:\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись эмбр/конт: \_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №Чашки | № | ЧислоБл-ров | %Фрагмент | Не-Равн.Р-ры | Не-Сфер | Аномалии | Оценка | ET/Крои |
| VAC | Др. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Смена культивирования: ISM1🡪BAВремя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **День 3** Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инкубатор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Среда: BA/ Embryo Gen Время оценки:\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись эмбр/конт: \_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №Чашки | № | ЧислоБл-ров | %Фрагмент | Не-Равн.Р-ры | Не-Сфер | Аномалии | Оценка | ET/Крои |
| VAC | Др. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Смена культивирования: EmbrioGen🡪BAВремя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ET\_\_\_\_\_день** Дата:\_\_\_\_\_\_Время:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач:\_\_\_\_\_\_Эмбриолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Средства:BA/UTM/EmbryoGen Катетер: S-V Wallace / S-P Wallace / Delgin / Sydney  Примечания: б/о / замена катетера/ повт.набор / кровь / слизь  |

|  |
| --- |
| Вспомогательный хетчинг проведен Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Культивирование эмбрионов

день 4-5-6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **День \_\_\_\_\_** Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инкубатор № \_\_\_\_\_\_ Среда: ВА  Время оценки:\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись эмбр/конт: \_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №Чашки | № | ЧислоБластоцисты по Гарднеру (или другое) | Биопсия ТЕ | Комментарий | Оценка | ET/Крои |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 | **День \_\_\_\_\_** Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Инкубатор № \_\_\_\_\_\_ Среда: ВА  Время оценки:\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись эмбр/конт: \_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №Чашки | № | ЧислоБластоцисты по Гарднеру (или другое) | Биопсия ТЕ | Комментарий | Оценка | ET/Крои |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **ET\_\_\_\_\_день** Дата:\_\_\_\_\_\_Время:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач:\_\_\_\_\_\_Эмбриолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Средства:BA/UTM/EmbryoGen Катетер: S-V Wallace / S-P Wallace / Delgin / Sydney  Примечания: б/о / замена катетера/ повт.набор / кровь / слизь  |

|  |
| --- |
| **КРИО\_\_\_день**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_Кол-во эмбрионов\_\_\_\_\_\_\_Эмбриолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кол-во соломинок\_\_\_\_\_\_\_Среда: ORIGIO / KITAZATOМетод: медленная/ витрификация |

|  |
| --- |
| Вспомогательный хетчинг проведен Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ МАТЕРИАЛА ПОСТУПИВШЕГО НА БИОПСИЮ ВЗЯТОГО ПУТЕМ TESE / PESE**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование** | **Клетки сперматогенеза** | **Неподвижные сперматозоиды** | **Подвижные сперматозоиды** |
| **Правое яичко** |  |  |  |
| Придаток правого яичка |  |  |  |
| Головка придатка правого яичка |  |  |  |
| **Левое яичко** |  |  |  |
| Придаток левого яичка |  |  |  |
| Головка придатка левого яичка |  |  |  |

Описание биопсийного материала: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата проведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись эмбриолога:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Перенос эмбрионов

 Дата……………………….…201\_г. Характеристика переносимых эмбрионов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадияразвития | Кол-во ПЭ | Качество ПЭ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Время…………..час. …………мин.

 Продолжительность……..(\_)….мин.

 Врач…………………………………

 Эмбриолог………………………….

 Медсестра…………………………..

Тип катетера………COOK/Wallace….. **Вид ПЭ (селективный/ неселективный)**

 Повторный набор в катетер: да / нет комментарии

 Задержка эмбрионов в катетере: да / нет ………………………………………………

 Осложнения: нет / пулёвки / зонд ……………………………………………….

 Среда переноса……BlastAssist / G2 ……………………………………………….

 Объем среды переноса……0.03 мл… ……………………………………………….

Повторный перенос эмбрионов

 Причина…………………………………………………………………………………………

 Дата……………….201\_г. Тип катетера………………………..

Время……….час……….мин. Среда переноса…………………….

 Продолжительность …...мин. Объем среды переноса…………….

### Замораживание и хранение эмбрионов

 Дата……………….201\_г. Время……….час……….мин

 Заморожено: ОО 2PN 2-4 бл. 6-8 бл. >8 бл. морула бластоциста Всего

 ……. ……. ………. ……… ………. ………… ……………. ……….

 Число соломок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Цвет соломки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Маркировка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дьюар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контейнер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ковш \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Эмбриолог заморозки …………………………………………………………………………..

**Приложение № 4**

**Индивидуальная карта донора спермы**

 +-------------------+

 **Анкета донора спермы** ¦ ¦

 +-------------------+

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Национальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расовая принадлежность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место постоянной регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вредные и/или опасные производственные факторы (есть/нет) Какие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

Дополнительные сведения о себе (для заполнения не обязательны)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чем болел за последние 2 месяца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 +--------------------+

Карта обследования донора спермы ¦ ¦

 +--------------------+

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа крови и Rh-фактор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_) Rh (\_\_\_\_\_\_\_\_)

Вид обследования Дата Заключение специалиста

Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика) Противопоказаний к донорству спермы нет

Заключение психиатра На учете в психоневрологическом диспансере не состоит

Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта Противопоказаний к донорству спермы нет

Прием (осмотр, консультация) врача-уролога Противопоказаний к донорству спермы нет

Определение антител к бледной трепонеме в крови

Определение антигенов вируса простого герпеса в крови

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С

Исследование отделяемого из уретры: микроскопическое на гонококк; молекулярно-биологическое на цитомегаловирус; микробиологическое на хламидии, микоплазму и уреаплазму

Микроскопическое исследование спермы

Заключение врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Календарь медицинского обследования донора спермы

 +-------------------+

 ¦ ¦

 +-------------------+

20\_\_ год 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта дата дата

Прием (осмотр, консультация) врача-уролога дата

Определение антител к бледной трепонеме в крови дата дата дата дата

Определение антигенов вируса простого герпеса в крови

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 дата дата дата дата

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В дата дата дата дата

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С дата дата дата дата

Исследование отделяемого из уретры: микроскопическое на гонококк; молекулярно-биологическое на цитомегаловирус; микробиологическое на хламидии, микоплазму и уреаплазму дата дата

 Лист опроса донора спермы ¦ ¦

 +---------------+

 (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 в последние

6 месяцев?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имели ли Вы случайные половые связи в последние 6 месяцев? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принимали ли Вы наркотические средства и/или психотропные вещества путем

инъекций без назначения врача?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чем болел за последний месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 5**

**Индивидуальная карта донора ооцитов**

 +----------------+

 Анкета донора ооцитов ¦ ¦

 +----------------+

Код донора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заполнения "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Национальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расовая принадлежность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вредные и/или опасные производственные факторы (есть/нет)

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\_\_\_\_\_\_\_\_

Фенотипические признаки

Рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые) Цвет волос \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Глаза (большие/средние/маленькие)

Разрез глазз (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**\_

 +----------------+

 ¦ ¦

 +----------------+

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа крови и Rh-фактор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) Rh (\_\_\_\_\_)

Вид обследования Дата Результат Дата Результат

Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика)

Заключение психиатра

Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта

Электрокардиограмма

Флюорография легких

Ультразвуковое исследование органов малого таза

Ультразвуковое исследование молочных желез

Определение антител к бледной трепонеме в крови

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С и к антигену вирусного гепатита В

Анализ крови биохимический общетерапевтический

Общий (клинический) анализ крови развернутый

Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)

Анализ мочи общий

Определение антигенов вируса простого герпеса в крови

Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога

Микроскопическое исследование влагалищных мазков (на аэробные, факультативно-анаэробные микроорганизмы, грибы рода кандида, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад)

Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму, уреплазму

Цитологическое исследование препарата шейки матки

Чем болела за последние 2 месяца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 6**

**Журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов**

№ п/п Ф.И.О. пациента Поступление спермы Вид и среда криоконсервации Место хранения в криохранилище Число порций спермы Подпись эмбриолога Дата размораживания спермы Расход спермы Подпись эмбриолога

Дата сдачи спермы Спермо-грамма Число израсходованных порций спермы Результат исследования размороженной спермы Число оставшихся порций криоконсервированной спермы

**Приложение № 7**

**Журнал учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы**

 +----------------+

 ¦ ¦

 +----------------+

№ п/п № донора спермы Поступление спермы Вид и среда криоконсервации место хранения в криохранилище Число порций спермы Подпись эмбриолога Дата размораживания спермы Расход спермы Номер медицинской карты амбулаторного больного (реципиента) Подпись эмбриолога

Дата сдачи спермы Спермо-грамма Число израсходованных порций спермы Результат исследования размороженной спермы Число оставшихся порций криоконсервирован-ной спермы

**Приложение № 8**

**Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток**

№ п/п Ф.И.О. пациентки № медицинской карты амбулаторного больного Дата криоконсервации Число ооцитов Вид и среда криоконсервации Место хранения ооцитов Подпись эмбриолога Дата Число размороженных ооцитов Число оставшихся ооцитов Число размноженных/число оплодотворенных ооцитов Подпись эмбриолога

**Приложение № 9**

**Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов**

№ п/п № донора ооцитов Поступление ооцитов Расход ооцитов Номер медицинской карты амбулаторного больного (реципиента) Подпись эмбриолога

Дата забора ооцитов Число ооцитов Вид и среда криоконсервации Место хранения ооцитов Подпись эмбриолога Дата инсеминации Число размороженных ооцитов Качество размороженных ооцитов

**Приложение № 10**

**Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов**

№ п/п Ф.И.О. пациентов, номер доноров эмбрионов № медицинской карты амбулаторного больного Дата криоконсервации Число эмбрионов Стадия развития эмбрионов Качество/ оценка эмбрионов Вид и среда криоконсервации Место хранения эмбрионов Подпись эмбриолога Дата Число размороженных эмбрионов Качество эмбрионов после размораживания Перенесенных эмбрионов Число оставшихся эмбрионов Подпись эмбриолога

**Приложение № 11**

Журнал учета искусственных инсеминаций

Дата Ф.И.О. пациентки Номер донора Донорская/ гомологичная сперма Замороженная/ не подвергнутая криоконсервации сперма Спермо-грамма Подпись эмбриолога

**Приложение № 12**

**ДОГОВОР №**

**об оказании медицинских услуг физическим лицам**

г. Бишкек « » 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора, действующего на основании Устава, зав.отд ЭКО с одной стороны,

 Ф,И.О ----------------------------------------------------------------------именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности как «Стороны» и «Сторона», заключили настоящий Договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Заказчик - физическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем.

1.2. Исполнитель -

1.3. Пациент - физическое лицо, получающие медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором, дополнениями/приложениями к настоящему Договору.

1.4. В случае, если Заказчик и Пациент совпадают в одном лице, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Настоящий Договор определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг Исполнителем.

2.2. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется предоставить медицинские услуги (далее по тексту «медицинские услуги») Пациенту.

2.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, указывается в действующем на момент обращения Пациента в Клинику Исполнителя Прайс-листе на медицинские услуги.

2.4. Объем предоставления Пациенту медицинских услуг определяется Исполнителем и согласовывается Пациентом, в момент обращения Пациента в Клинику Исполнителя с целью получения медицинских услуг.

2.5. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем Заказчику, по факту обращения Пациента к Исполнителю. Сроки и время оказания медицинских услуг согласовываются в момент записи Пациента на прием к лечащему врачу либо на осуществление иной медицинской услуги (медицинской манипуляции).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Кыргызской Республики, либо по просьбе Заказчика/Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3.1.2. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую (амбулаторную) карту;

3.1.3. Информировать Заказчика/Пациента об обстоятельствах, затрудняющих выполнение медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг;

3.1.4. предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

3.1.5. Информировать Пациента о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг;

3.1.6. По письменному заявлению Пациента выдавать ему выписку из амбулаторной карты Пациента.

3.1.7. По требованию Заказчика/Пациента предоставить для ознакомления документы, подтверждающие специальную правоспособность Исполнителя и его врачей.

3.1.8. соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента, используемых, в том числе, в медицинских информационных системах;

3.1.9. при оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в КР лекарственных препаратов, медицинских изделий;

3.1.10. Информировать Пациента/Заказчика в процессе оказания медицинских услуг о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не согласованных с Пациентом (его законным представителем) в момент его обращения к Исполнителю.

3.2. Заказчик/Пациент обязуется:

3.2.1. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента;

3.2.2. Выполнять все требования и/или обеспечить выполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению Пациента, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания медицинской услуги;

3.2.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту время получения (оказания) медицинской услуги.

3.2.4. Осуществлять действия, направленные на достижение должного уровня заботы о своем здоровье/здоровье Пациента и не совершение действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других лиц;

3.2.5. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами, включая медицинских работников, в случае, если он знает о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих;

3.2.6. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Пациента;

3.2.7. Сообщать Исполнителю о жалобах Пациента, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья;

3.2.8. Предоставлять Исполнителю необходимую для медицинского вмешательства информацию о состоянии здоровья Пациента и иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг;

3.2.9. Учитывать свои финансовые возможности при привлечении объемов и видов медицинских услуг Пациенту. Оплачивать медицинские услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему;

3.2.10. За свой счет оплачивать расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий Пациента вопреки согласованным с Пациентом назначениям Исполнителя;

3.2.11. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги Пациенту, в случаях возникновения состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства;

3.3.2.Отказать в оказании медицинских услуг вследствие невозможности Исполнителя оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий;

3.3.3. Приостановить оказание Пациенту услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком/Пациентом положений главы 4 настоящего Договора.

3.3.4. Исполнитель вправе с целью исполнения обязательств по настоящему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности;

3.4. Заказчик/Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. На выбор лечащего врача, с учетом согласия врача, в соответствии с законодательством КР;

3.4.3. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3.4.4. На получение консультаций врачей-специалистов, в том числе проведение по просьбе Заказчика/Пациента консилиума врачей;

3.4.5. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

3.4.6. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

3.4.7. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

3.4.8. Заказчик/Пациент имеет право на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, на отказ от медицинского вмешательства;

3.4.9. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи;

3.4.10. На допуск к Пациенту адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

3.4.11. Знакомиться и получать медицинскую документацию (ее копии и выписки из медицинских документов), знакомиться с медицинскими заключениями Исполнителя в отношении Пациента с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций, в порядке, предусмотренном законодательством КР и настоящим Договором.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прайс-листом, действующим на дату оказания медицинской услуги Пациенту (если иное не согласовано Сторонами в дополнениях/приложениях к Договору), согласовывается в талоне-направлении.

4.2. Исполнитель вправе изменить перечень и стоимость медицинских услуг, путем внесения соответствующих изменений в Прайс-лист в порядке, предусмотренном п. 7.2 настоящего Договора.

4.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком/Пациентом до оказания медицинских услуг на основании Прайс-листа, действующего на момент оказания медицинской услуги, если иное не согласовано Сторонами в соглашениях/дополнениях к настоящему Договору, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт) или путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, при этом Заказчику предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства).

5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Прием Пациента медицинским работником Исполнителя осуществляется после оформления медицинской (амбулаторной) карты (в том числе электронной медицинской карты) в момент первичного обращения Пациента к Исполнителю. Медицинские услуги оказываются в Центре в дни и часы, которые устанавливаются руководителем Центра, режим работы доводится до сведения Заказчика/Пациента путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с действующим законодательством КР и правилами (положениями), устанавливающими условия и порядок оказания медицинских услуг в Центре.

5.3. Исполнитель не обеспечивает Пациентов бесплатными лекарственными препаратами и питанием, а так же не применяет в процессе лечения лекарственные средства, приобретенные Заказчиком/Пациентом у третьих лиц.

5.4. В соответствии с действующим законодательством КР лечащий врач по согласованию с руководителем Центра может отказаться от наблюдения за Пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за Пациентом и лечения Пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности руководитель Центра должен организовать замену лечащего врача.

5.5. Медицинские услуги оказываются Пациенту Исполнителем при наличии письменного информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, проведение диагностических процедур и лечебных манипуляций, лабораторных исследований, которые, по мнению специалиста Исполнителя, целесообразны и необходимы.

5.6. Факт оказания медицинской услуги Пациенту, подтверждается первичной медицинской документацией и/или актом выполненных работ (услуг), подписываемым Исполнителем и Пациентом (его законным представителем). В случае не подписания акта и отсутствия претензий со стороны Заказчика/Пациента по качеству и объему оказанных услуг в течение 5 календарных дней с момента оказания услуги Пациенту, услуги считаются оказанными надлежащим образом и приняты Заказчиком/Пациентом в полном объеме.

5.7. В случае оказания Пациенту медицинской услуги в иной медицинской организации по направлению Исполнителя, Исполнитель координирует действия медицинского персонала, обеспечивает получение информации о ходе лечения, состоянии здоровья пациента, при этом ответственность за действия медицинского персонала несет та медицинская организация, в которой Пациенту оказываются медицинские услуги.

5.8. Медицинская помощь на дому оказывается Исполнителем Пациенту при наличии указанной услуги в Прайс-листе Исполнителя, в случаях и в порядке, предусмотренном законодательством КР, выезд на дом медицинского работника Исполнителя возможен только

(а) в рамках территории обслуживания Центром, определенной Исполнителем,

(б) в случае назначения такого выезда лечащим врачом (по медицинским показаниям).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность:

6.1.1. За качество, объем и сроки оказываемых Пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.

6.1.2. За достоверное и своевременное информирование Пациента о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании медицинских услуг.

6.2. Заказчик/Пациент несет ответственность:

6.2.1. За несвоевременную оплату стоимости предоставленных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, дополнений/ приложений к нему. При этом, в случае просрочки Заказчиком/Пациентом платежа более, чем на 5 рабочих дней Исполнитель вправе приостановить оказание медицинских услуг Пациенту в рамках настоящего Договора, а та же взыскать с Заказчика/Пациента неустойку в размере, предусмотренном законодательством КР.

6.2.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях в отношении Пациента.

6.2.3. За выполнение/невыполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Исполнителя, в том числе за соблюдение/несоблюдение указаний лечащего врача Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

6.3. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациентом, повлёкшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Пациент нарушит обязательства, предусмотренные пп. 3.2.1-3.2.2., пп. 3.2.4, п.п. 3.2.7.-3.2.8. настоящего Договора, в случае если указанные нарушения имели место и явились причиной недостатков оказания медицинской помощи (вреда)

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и/или дополнен Сторонами путем подписания дополнительных соглашений и приложений к нему, а также иными способами в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в Прайс-лист, перечень медицинских услуг (Приложение №1 к Договору), в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответствующей информации.

7.3. Заказчик/Пациент вправе отказаться от получения медицинских услуг в рамках настоящего Договора, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства, либо в любое время расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, уведомив письменно Исполнителя о расторжении Договора и/или дополнения/приложения к Договору.

7.4. При отказе Заказчика/Пациента от получения медицинских услуг и/ или при расторжении Договора (его части) Стороны производят окончательный расчет по настоящему Договору (его части), при этом Заказчик/ Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору и/или его дополнению/приложению.

7.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Пациенту/Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента/ Заказчика.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента прекращения срока действия лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности.

С момента вступления в силу настоящего Договора все предыдущие соглашения, заключенные Заказчиком с Исполнителем на предмет оказания медицинских услуг Заказчику/Пациенту, за исключением договоров (соглашений) на оказание услуг по программам медицинского обслуживания Заказчика/Пациента до окончания срока медицинского обслуживания по соответствующей программе, утрачивают свою юридическую силу.

8.2. Конфиденциальность. Исполнитель обязуется принимать все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных Заказчика/Пациента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменно согласия другой Стороны, если иное не предусмотрено законодательством Кыргызской Республики и/или настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему.

8.3. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.

8.4. Разрешение споров. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

8.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

Стороны пришли к соглашению, что в случае оказания медицинских услуг Пациенту в рамках дополнений/приложений к настоящему Договору, Пациенту (его законному представителю) Исполнителем оформляется и предоставляется дубликат настоящего Договора, при этом Заказчик соглашается с тем, что информация, содержащаяся в настоящем Договоре и приложениях/дополнениях к нему, в том числе о персональных данных Заказчика, будет предоставлена Исполнителем Пациенту (его законному представителю).

8.6. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Договору.

8.7. Заказчик/Пациент настоящим подтверждает, что он ознакомился с правилами поведения, Положением о порядке и условиях оказания медицинских услуг в КНЦРЧ, утвержденным Исполнителем, и обязуется соблюдать их.

8.8. Настоящим Заказчик/Пациент подтверждает, что до заключения Договора уведомлен о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.9. В случае если какая-либо часть или части настоящего Договора будут признаны недействительными, незаконными или неприемлемыми к исполнению, это решение не должно отражаться на оценке обоснованности, законности и выполнимости других его частей и положений.

8.10. Приложения к настоящему Договору:

* Приложение №1 - анкета Пациента, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Пациента, согласие на обработку персональных данных Заказчика/Пациента
* Приложение №2 - Информированное добровольное согласие на применение репродуктивных технологий

8.11. Подписание настоящего Договора свидетельствует об ознакомлении и согласии Заказчика/Пациента (его законного представителя) с положениями настоящего Договора и приложениями к нему, ценами на медицинские услуги - Прайс-листом Исполнителя, в том числе способом информирования об изменении Прайс-листа.

ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик:ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИсполнительАдрес: РеквизитыБанк-центральное казначейство БИК-л/счет код платежа ИНН-ОКПО- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Информированное добровольное согласие на применение репродуктивных технологий**

Настоящее добровольное информированное составлено в соответствии с законом Кыргызской Республики № 148 с 04 07.2015 г. «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации»

Я/Мы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу (просим) провести мне(нам) лечение бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) - методом Экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки (ЭКО) и перенося эмбриона I (ЭКО и ПЭ). При этом мы даем свое согласие на следующие дополнительные вспомогательные процедуры при необходимости проведения программы ЭКО и ПЭ:

-ИКСИ;

-ИМСИ;

-ПИКСИ;

- ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ХЕТЧИНГ.

Лечение просим провести **с использованием** (ненужное зачеркнуть):

□ ооцитов супруги;

□ донорских ооцитов № то каталогу доноров Центра «ЭКО»;

□ донорских ооцитов Ф.И.О

добровольного выбранного нами;

□ спермы супруга

□ донорской спермы № по каталогу доноров Центра «ЭКО»;

□ донорской спермы Ф.И.О.

добровольно выбранного нами.

Перенос наших эмбрионов просим произвести:

**□** супруге;

□суррогатной матери

\* ранение соседних органов.

Мне (нам) разъяснен порядок проведения лечения методом ЭКО/ЭКО+ИКСИИ/ИИ и известно, что для печения 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.

Нам известно, что наступившая в результате ВРТ беременность может быть:

* внематочной;
* многоплодной;
* может прерваться в любые сроки беременности.

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 располагает 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.

В случае многоплодной беременности мы понимаем опасность акушерского характера для новорожденных, и мы информированы, что возможно проведение редукции излишнего плода в полости матки в целях профилактики акушерских осложнений. Сущность предполагаемой операции нам объяснена.

Нам разъяснено, что частота врожденных и наследственных заболеваний у детей после применения методов ВРТ не отличается от частоты этой патологии в популяции.

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

□ Даю(ем) согласие

□ не даю(ем) согласие.

Мои (наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ прошу (просим)

□ криоконсервировать

□ утилизировать

□ донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные 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 методом ЭКО/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).

При использовании спермы донора или донорских яйцеклеток, мы обязуемся не устанавливать личность донора и не предпринимать попыток к этому. Обязуемся также не предъявлять претензии к сотрудникам Центра, проводившим лечение, в случае рождения ребенка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от нашей национальности. Мы понимаем, что всегда есть риск того, что в родословной донора могли отметиться представители совсем другой национальности.

В случае рождения ребенка после лечения методами ВРТ мы обязуемся взять на себя права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | ФИО |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | ФИО |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача) | ФИО |

**Приложение № 13**

**Форма информированного добровольного согласия на проведение операции редукции эмбриона (ов)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Ф.И.О., год рождения

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у меня многоплодной беременностью, прошу провести мне редукцию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эмбриона (ов).

Мне разъяснен порядок проведения операции редукции эмбрионов.

Я информирована, что операция редукции эмбрионов 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 врачу 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 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 имела возможность обсудить с врачом 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.

Ф.И.О. беременной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

срока.