



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

10.03.2023

№ 136

г. Киров

О внесении изменений в распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 16.12.2020 № 837 «Об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования в Кировской области»

Внести в распоряжение министерства здравоохранения Кировской области от 16.12.2020 № 837 «Об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования в Кировской области» следующие изменения:

1. Пункт 8 Листа маршрутизации граждан Кировской области для оказания медицинской помощи при бесплодии с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования изложить в следующей редакции:

«8. Проведение вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется в медицинских организациях в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области. КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» пациентам, которым по решению заседания Профильной подкомиссии принято решение о необходимости применения вспомогательных репродуктивных технологий, выдает направление на экстракорпоральное оплодотворение по форме согласно приложению № 3 или процедуру переноса криоконсервированного эмбриона по форме согласно приложению № 4» Копии направлений на экстракорпоральное оплодотворение/криоперенос направляются КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» в отдел по развитию медицинской

помощи и службы родовспоможения министерства здравоохранения Кировской области в течение 3 рабочих дней.

2. Утвердить формы № 3 и № 4 настоящего распоряжения в новой редакции согласно приложениям 10 и 11».

Министр * * * * * Видякина



Приложение № 10
УТВЕРЖДЕНА
Распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 10.08.2023 № _____

Форма направления для оказания медицинской помощи с использованием процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

_____ (ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО)

_____ (шифр пациента)

_____ (дата рождения)

_____ (возраст пациента)

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

_____ (полис ОМС)

_____ (СНИЛС)

_____ (адрес регистрации/места жительства)

_____ (код диагноза по МКБ)

_____ (первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

_____ (наименование медицинской организации для проведения ЭКО)

КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр»
(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

_____ (адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

_____ (ФИО должностного лица)

_____ М.П.

_____ (должность)

(Обратный талон)

Наименование медицинской организации _____

ФИО пациента _____

Дата выполнения процедуры ЭКО _____

Дата подтверждения беременности при исследовании крови на уровень ХГЧ _____

Дата подтверждения беременности при ультразвуковом исследовании _____

Особые отметки _____

Приложение № 11
УТВЕРЖДЕНА
Распоряжением министерства
здравоохранения
Кировской области
от 10.03.2023 № 11



Форма направления для оказания медицинской помощи с использованием процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

№ ___ от « » _____ 20__ г.

(ФИО направляемого пациента для проведения криопереноса)

(шифр пациента) _____ (дата рождения) _____ (возраст пациента)

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

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения криопереноса)

(наименование медицинской организации для проведения криопереноса)

КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр»
(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

(адрес, тел., факс, адрес эл. почты)

(ФИО должностного лица)

М.П.

(должность)

(Обратный талон)

Наименование медицинской организации _____

ФИО пациента _____

Дата выполнения процедуры криопереноса _____

Дата подтверждения беременности при исследовании крови на уровень ХГЧ _____

Дата подтверждения беременности при ультразвуковом исследовании _____

Особые отметки _____