



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

19 августа 2026 г. № 636  
Калининград

**Об организации оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области и признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Калининградской области**

В соответствии с подпунктом 6 пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Калининградской области, утвержденного постановлением Правительства Калининградской области от 11 мая 2010 года № 311 «О Министерстве здравоохранения Калининградской области», в целях обеспечения доступности медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, осуществления контроля направления граждан с бесплодием на лечение, а также для повышения эффективности проведения лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Калининградской области, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

- 1) перечень обследований граждан при бесплодии и направлении на оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 1;
- 2) сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 2;
- 3) перечень показаний и противопоказаний для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 3;
- 4) мероприятия по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 4;

5) состав комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 5;

6) положение о комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 6;

7) правила организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 7;

8) форму выписки из медицинской документации для направления на комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 8;

9) форму заявления о предоставлении лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий по программе экстракорпорального оплодотворения и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 9;

10) форму протокола заседания комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 10;

11) форму направления для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 11;

12) форму журнала регистрации медицинских документов, направленных в комиссию Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 12;

13) форму регистра пациентов с бесплодием согласно приложению № 13;

14) форму сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием согласно приложению № 14;

15) форму справки о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 15;

16) форму отчета по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 16;

17) форму отчета мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 17.

2. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области:

1) организовать оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложениям № 1 – 4;

2) обеспечить оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 7;

3) обеспечить своевременное предоставление отчетов по форме согласно приложениям № 13 – 17 на электронную почту: [zkdp.rp-centr@infomed39.ru](mailto:zkdp.rp-centr@infomed39.ru);

4) в течение 5 дней со дня официального опубликования настоящего приказа предоставить в Министерство здравоохранения Калининградской области сведения о специалисте, ответственном за взаимодействие с комиссией Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области, содержащие данные о должности, Ф.И.О., контактном телефоне и адресе электронной почты, информацию направить на электронную почту: [zkdp.rp-centr@infomed39.ru](mailto:zkdp.rp-centr@infomed39.ru).

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций негосударственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области:

1) организовать оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 1 – 4;

2) обеспечить оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения согласно приложению № 7;

3) обеспечить участие специалистов в составе комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 5;

4) обеспечить своевременное предоставление отчетов по форме согласно приложениям № 15 – 17 на электронную почту: [zkdp.rp-centr@infomed39.ru](mailto:zkdp.rp-centr@infomed39.ru).

4. Директору Государственного казенного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области» Никитину Г.С. обеспечить информационно-техническое сопровождение в формировании отчетности в медицинскую информационную систему «БАРС. Здравоохранение» согласно приложениям № 12 – 17.

5. Признать утратившими силу:

- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 03 ноября 2020 года № 672 «Об организации оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области»;

- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 30 мая 2023 года № 377 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 03.11.2020 № 672».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Кудряшова Е.А.

7. Приказ подлежит государственной регистрации.

8. Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения  
Калининградской области



С.В. Дмитриев

**П Е Р Е Ч Е Н Ь**  
**обследований граждан при бесплодии и направлении на оказание**  
**медицинской помощи по лечению бесплодия с применением**  
**вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Диспансерному наблюдению по бесплодию подлежат супружеские пары (состоящие и (или) не состоящие в зарегистрированном браке) в случае:
  - 1) отсутствия беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения методов контрацепции у супругов в возрасте младше 35 лет;
  - 2) отсутствия беременности в течение шести месяцев регулярной половой жизни без применения методов контрацепции у супругов в возрасте женщины 35 лет и старше и (или) мужчины 40 лет и старше;
  - 3) наличия в анамнезе женщины эктопической беременности с вовлечением одной или обеих маточных труб, операций на органах малого таза.
2. При взятии на диспансерное наблюдение по бесплодию оформляется и заполняется медицинская документация в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 года № 274н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения»: медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у).
3. При взятии на диспансерное наблюдение по бесплодию сведения на каждого пациента и информация о дальнейшем его ведении вносятся в регистр пациентов с бесплодием по форме, согласно приложению № 13 в медицинскую информационную систему «БАРС. Здравоохранение».
4. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной, и специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания соответствующих видов медицинской помощи, с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
5. Обследование женщин проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)

и (или) акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) и (или) акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

6. Обследование мужчин (мужа, мужчины, не состоящего 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.

7. Обследование для установления причин бесплодия и определения показаний к применению ВРТ осуществляется в соответствии с:

1) приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»;

2) клиническими рекомендациями (протоколом лечения) «Женское бесплодие», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2024 года, «Мужское бесплодие», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2025 года.

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

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

2) 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;

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

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

5) обследование мужчины и женщины на наличие уrogenитальных инфекций.

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

10. 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 использованием ВРТ до истечения указанного срока.

11. С целью установления причин бесплодия, при подготовке к лечению с использованием ВРТ пациентам с бесплодием методом экстракорпорального оплодотворения, для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи мужчине и женщине проводится обследование, которое включает:

1) определение иммуноглобулинов класса М и G к *Treponema pallidum* в крови;

2) исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови;

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

4) определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;

5) микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофозоиты трихомонад;

12. Обязательный перечень обследований женщины:

1) общий осмотр;

2) общий гинекологический осмотр;

3) клинический анализ крови;

4) анализ крови биохимический общетерапевтический;

5) определение группы крови и резус-фактора (однократно).

6) коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза);

7) общий анализ мочи;

8) определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови;

9) ультразвуковое исследование органов малого таза (матки и придатков), трансвагинальное (3 – 7 день менструального цикла);

10) инфекционный скрининг включает:

- микроскопическое исследование мазка из цервикального канала и влагалища;

- молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на выявление генетического материала (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*);

11) кольпоскопия (по показаниям);

12) цитологическое исследование мазка шейки матки и цервикального канала;

13) оценка овуляторной функции

- определение уровня прогестерона в крови (за 7 дней до менструации);
- ультразвуковой мониторинг овуляции, который позволяет оценить рост и созревание фолликулов, произошедшую овуляцию, формирование желтого тела;

14) оценка овариального резерва:

- определение уровня антимюллера гормона (далее – АМГ) в крови;
- определение уровня фолликулостимулирующего гормона (далее – ФСГ) в крови на 2 – 5 дни менструального цикла;
- определение количества антральных фолликулов (КАФ) при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) в раннюю фолликулярную фазу цикла;

15) определение гормонов в крови включает:

- определение базальной концентрации ФСГ, АМГ, пролактина (ПРЛ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е2), общего тестостерона (Т), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе, которое проводится на 2 – 5-й день менструального цикла;

16) оценка проходимости маточных труб проводится с помощью гистеросальпингографии (далее – ГСГ) и (или) соногистеросальпингографии, по показаниям – лапароскопии (срок годности исследования – 1 год);

17) оценка состояния органов малого таза путем гистероскопии, лапароскопии, биопсии эндометрия на 7 – 11 день менструального цикла, магнитнорезонансной томографии (срок годности исследования – 1 год).

Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 4 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют.

Гистологическая оценка состояния эндометрия показана при подозрении на патологические процессы эндометрия (хронический эндометрит, полип, гиперплазия).

При наличии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия, в случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

Визуально неизмененные яичники не должны подвергаться какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции.

Магнитнорезонансная томография (МРТ) используется по показаниям для диагностики пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, опухолей гипофиза, оценки состоятельности рубца на матке.

Гистероскопия – заключительный метод диагностики при подозрении на внутриматочную патологию (срок годности исследования – 1 год).

Лапароскопия – заключительный метод комплексной оценки состояния органов малого таза (срок годности исследования – 1 год). Применяется при подозрении на трубный фактор бесплодия, спайках в малом тазу, подозрении на эндометриоз, пороках развития внутренних половых органов;

18) ультразвуковое исследование молочных желез женщинам на 5 – 12 день менструального цикла.

Женщинам до 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных желез, при выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы проводится маммография (срок годности исследования – 1 год).

Женщинам старше 35 лет проводится маммография.

При обнаружении патологии молочных желез – заключение маммолога (онколога) (срок годности исследования – 1 год);

19) ультразвуковое исследование щитовидной железы (при отсутствии изменений срок годности исследования – один год, при наличии изменений – консультация эндокринолога);

20) флюорография органов грудной клетки (срок годности исследования – 1 год);

21) электрокардиограмма (ЭКГ) (при отсутствии изменений срок годности исследования – один год, при наличии изменений – консультация кардиолога);

22) заключение эндокринолога (срок годности исследования – 1 год);

23) заключение терапевта о состоянии здоровья и возможности проведения ВРТ, вынашивания беременности (с учетом заключений врачей-специалистов по показаниям);

24) заключение генетика лицам, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей, старше 35-и лет, мужчинам при наличии мужского бесплодия. По результатам консультации генетика выставляются показания на исследование хромосомного аппарата (кариотипирование).

13. Обязательный перечень обследований мужчины и сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 2

Основным методом оценки фертильности мужчины является оценка показателей эякулята (исследование макроскопических и микроскопических параметров).

Аномальные результаты анализа эякулята являются показаниями к обследованию мужчин врачом-урологом.

При мужском факторе бесплодия необходима консультация андролога, который определяет показания к расширенному исследованию эякулята (МАР-тест, анализ на определение фрагментации ДНК сперматозоидов).

14. При проведении переноса ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ необходимо обследование только женщины.

При использовании ранее криоконсервированного эякулята или биоптата яичка представляются обследования мужчины на период проведения криоконсервации и сведения о хранении криоконсервированного эякулята или биоптата яичка из медицинской организации, осуществляющей ВРТ.

15. Лечащий врач, оформляя направление на каждый вид исследования,

указывает дату и время его проведения.

16. Тактика ведения, лечения бесплодия пациентам осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (протокол лечения), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

**СРОКИ ГОДНОСТИ**  
**результатов обследования для оказания медицинской помощи**  
**с использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

| №<br>п/п | Наименования результатов обследования                                                                                                                                                                                                           | Срок годности                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | 2                                                                                                                                                                                                                                               | 3                                                                                                 |
| 2        | Для женщин                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                   |
| 3        | Определение основных групп по системе ABO и антигена D системы Резус                                                                                                                                                                            | не ограничен                                                                                      |
| 4        | Консультация врача терапевта                                                                                                                                                                                                                    | 1 год                                                                                             |
| 5        | Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)<br>Кольпоскопия по показаниям                                                                                                   | 1 год                                                                                             |
| 6        | Консультация врача генетика (по показаниям, старше 35 лет - обязательно)                                                                                                                                                                        | 1 год                                                                                             |
| 7        | Флюорография легких                                                                                                                                                                                                                             | 1 год                                                                                             |
| 8        | УЗИ щитовидной железы, при наличии TIRADS 2 и более - заключение эндокринолога                                                                                                                                                                  | 1 год                                                                                             |
| 9        | УЗИ молочных желез, при наличии BIRADS 2 и более –заключение онколога-маммолога                                                                                                                                                                 | 1 год                                                                                             |
| 10       | Маммография (женщинам 40 лет и старше)                                                                                                                                                                                                          | 1 год                                                                                             |
| 11       | ЭКГ (предоставить результат исследования с заключением)                                                                                                                                                                                         | 1 год                                                                                             |
| 12       | Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу краснухи в крови                                                                                                                                                                             | при наличии иммуноглобулинов М – 1 месяц;<br>при наличии иммуноглобулинов G – <u>не ограничен</u> |
| 13       | Определение иммуноглобулинов класса М и G к вирусу кори в крови (при направлении в Федеральный центр)                                                                                                                                           | при наличии иммуноглобулинов М – 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов G – <u>не ограничен</u>    |
| 14       | Исследование уровня ФСГ, ТТГ, АМГ, Пролактин в сыворотке крови на 2-5 день менструального цикла                                                                                                                                                 | 6 месяцев                                                                                         |
| 15       | Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека – ½ и антигена р24                                                                                                                                         | 3 месяца                                                                                          |
| 16       | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови                                                                                                      | 3 месяца                                                                                          |
| 17       | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCVIgG и anti-HCVIgM к вирусу гепатита С в крови                                                                                                                                              | 3 месяца                                                                                          |
| 18       | Определение антител к бледной трепонеме в крови                                                                                                                                                                                                 | 3 месяца                                                                                          |
| 19       | При наличии антител к сифилису, гепатиту В и С, ВИЧ инфекции – консультация инфекциониста                                                                                                                                                       | 3 месяца                                                                                          |
| 20       | Общий (клинический) анализ крови                                                                                                                                                                                                                | 1 месяц                                                                                           |
| 21       | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis) | 3 месяца                                                                                          |

| 1  | 2                                                                                                                                                                 | 3                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 22 | Анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочеви́на, креатинин, холестерин, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ)                       | 1 месяц                        |
| 23 | Коагулограмма                                                                                                                                                     | 1 месяц                        |
| 24 | Общий (клинический) анализ мочи                                                                                                                                   | 1 месяц                        |
| 25 | Микроскопическое исследование влагалищных мазков                                                                                                                  | 1 месяц                        |
| 26 | УЗИ органов малого таза на 5 – 7 и 19 – 21 дни менструального цикла                                                                                               | за 14 дней до начала протокола |
| 27 | Гистеросальпингография                                                                                                                                            | 1 год                          |
| 28 | Для мужчин                                                                                                                                                        |                                |
| 29 | Спермограмма с оценкой морфологии по Крюгеру + MAR тест                                                                                                           | 6 месяцев                      |
| 30 | При отклонении показателей спермограммы от нормы – консультация андролога                                                                                         | 6 месяцев                      |
| 31 | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови                        | 3 месяца                       |
| 32 | Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека – ½ и антигена р24                                                           | 3 месяца                       |
| 33 | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCVIgG и anti-HCVIgM к вирусу гепатита С в крови                                                                | 3 месяца                       |
| 34 | Определение антител к бледной трепонеме в крови                                                                                                                   | 3 месяца                       |
| 35 | При наличии антител к сифилису, гепатиту В и С, ВИЧ инфекции – консультация инфекциониста                                                                         | 3 месяца                       |
| 36 | ПЦР соскоба из уретры на выявление материала (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum) | 3 месяца                       |
| 37 | Определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус                                                                                              | не ограничен                   |
| 38 | Микроскопическое исследование отделяемого из уретры                                                                                                               | 3 месяца                       |

**П Е Р Е Ч Е Н Ь**  
**показаний и противопоказаний**  
**для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия**  
**с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом**  
**экстракорпорального оплодотворения**

1. Показания для оказания гражданам медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) методом экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО):

1) женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (Код по МКБ X: N 97.0);

2) женское бесплодие трубного происхождения (Код по МКБ X: N 97.1);

3) женское бесплодие маточного происхождения (Код МКБ X: N97.2):

- бесплодие, обусловленное миомой матки (не более двух субсерозных или интерстициальных узлов, размерами не более 4 см);

- бесплодие, обусловленное другой патологией матки и эндометрия (особенности развития матки, хронический эндометрит и др.);

4) женское бесплодие цервикального происхождения (патология шейки матки) (Код МКБ X: N97.3):

- врожденные аномалии;

5) женское бесплодие, связанное с изолированным мужским фактором (Код по МКБ X: N 97.4): секреторное бесплодие с олигозооспермией, астенозооспермией, тератозооспермией и их сочетанием, азооспермия при хранении ранее криоконсервированного биоптата яичка с достаточным содержанием сперматозоидов;

6) другие формы женского бесплодия (Код по МКБ X: N 97.8):

- бесплодие, обусловленное наружным и внутренним эндометриозом;

- сочетанные формы женского бесплодия после неэффективного консервативного и/или оперативного лечения;

- отсутствие бесплодия, обусловленного сочетанием женского бесплодия с мужским фактором (Код по МКБ X: N 97+N 46);

Критерии спермограммы для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО:

- объем эякулята не менее 1,5 мл;

- концентрация сперматозоидов не менее 15 млн в 1 мл;

- количество прогрессивно подвижных сперматозоидов более 5 млн. в 1 мл. эякулята;

Критерии спермограммы для лечения бесплодия с использованием ВРТ методом ЭКО + ИКСИ:

- количество прогрессивно подвижных сперматозоидов 5 млн. и менее в 1 мл эякулята;
- доля нормальных форм сперматозоидов менее 4 %;
- Мар-тест более 50 %;
- использование ранее криоконсервированного биоптата яичка при наличии достаточного количества сперматозоидов.

2. Оказание медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с ВРТ методом ЭКО осуществляется при отсутствии:

1) тяжелых соматических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и рождению ребенка, в соответствии с утвержденным перечнем противопоказаний к применению ВРТ и искусственной инсеминации;

2) гинекологической патологии, снижающей вероятность наступления беременности при использовании методов ВРТ: хронические сальпингиты с образованием гидросальпинксов, миоматозные узлы размером более 4 см, субмукозный миоматозный узел, гиперпластические заболевания эндометрия, опухолевидные образования яичников;

3) острых воспалительных заболеваний любой локализации;

4) экскреторной формы мужского бесплодия (азооспермия, аспермия);

5) психических заболеваний, препятствующих вынашиванию беременности и воспитанию ребенка;

6) индекс массы тела женщины менее 18 и более 35;

7) уровень ФСГ более 12,0 МЕ/л, АМГ ниже 1,2 нг/мл.

3. Противопоказания в оказании специализированной медицинской помощи с применением ВРТ процедуры ЭКО определяются приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

**М Е Р О П Р И Я Т И Я**  
**по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с**  
**использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Настоящие мероприятия по оказанию медицинской помощи при лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – Мероприятия) определяют порядок отбора, обследования, лечения, оформления медицинской документации и направления пациентов для оказания специализированной медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) представляют собой лечение бесплодия, при котором отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма.

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

4. Оказание медицинской помощи при лечении пациентов с бесплодием с использованием ВРТ 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 № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

5. В рамках территориальной программы ОМС осуществляется базовая программа ВРТ, криоконсервация эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов.

6. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее – программа ЭКО).

7. Программа ЭКО состоит из проведения следующих этапов:

1) I этап – стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов;

2) II этап – получение яйцеклетки;

3) III этап – культивирование эмбрионов в программе ЭКО;

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

8. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

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

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

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

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

9. При наличии показаний, предусмотренных вышеуказанным пунктом программа ЭКО дополняется следующим этапом: криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

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

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

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

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

4) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности искусственной инсеминации);

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

11. При подготовке пары к программе ЭКО в рамках территориальной программы ОМС, в случае возникновения показаний для проведения ПГТ – М, ПГТ – СП (показания выставляет генетик Медико-генетической консультации клинко-диагностического отделения Государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – КДО ГБУ КО «РПЦ»), паре показано проведение ЭКО (ИКСИ) в условиях Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Калининградской области, согласно методическим рекомендациям по проведению преимплантационного генетического тестирования на моногенные заболевания (ПГТ – М) и преимплантационного генетического тестирования на хромосомные структурные перестройки (ПГТ – СП) направленные в субъекты Российской Федерации Министерством здравоохранения Российской Федерации № 15-4/И/2-3437 от 27 февраля 2026 года.

12. При выполнении программы ЭКО в рамках территориальной программы ОМС, в случае возникновения показаний к использованию

донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, ПГТ- А (кроме ПГТ – М, ПГТ – СП (по показаниям генетика), хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов производится дополнительно за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

13. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом КДО ГБУ КО «РПЦ».

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

15. Отбор для лечения пациентов с бесплодием с использованием ВРТ осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии, не зависимо от форм собственности (государственные и негосударственные медицинские организации).

16. Решение о направлении пациентов в медицинскую организацию для выполнения услуги с использованием ВРТ за счет средств ОМС или отказе в направлении на ВРТ осуществляет комиссия Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия).

17. Лечение бесплодия с использованием ВРТ осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее – медицинская организация, осуществляющая ВРТ).

18. Проведение программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в медицинской организации, осуществляющей ВРТ, проводится в рамках первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии: с приказа Минздрава России от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

19. Направление пациентов, нуждающихся в проведении программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, осуществляется лечащим врачом медицинской организации, по месту оказания медицинской помощи, согласно приложению № 11.

20. Лечащим врачом КДО ГБУ КО «РПЦ» (или лечащим врачом

медицинской организации негосударственной формы собственности), наблюдающей пациента (далее – лечащий врач), предоставляется перечень медицинских организаций, осуществляющих ВРТ из числа участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Выбор медицинской организации для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется пациентами в соответствии с перечнем.

21. Для предоставления на Комиссию лечащий врач КДО ГБУ КО «РПЦ» (или лечащим врачом медицинской организации негосударственной формы собственности) формирует пакет документов, включающий:

1) выписку из медицинской документации для направления на Комиссию по форме согласно приложению № 8 к настоящему приказу в двух экземплярах;

2) ходатайство о направлении на лечение (письмо о направлении документов на Комиссию), заверенное подписью руководителя и печатью медицинской организации;

3) заявление о предоставлении лечения по форме согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

4) копию документа, удостоверяющего личность;

5) копию документа, подтверждающую регистрацию по месту жительства на территории Калининградской области;

6) копию документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);

7) копию полиса ОМС пациентки в двух экземплярах;

8) информированное добровольное согласие пациентки и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных.

22. Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий по форме согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

23. Медицинская организация направляет полный пакет документов на Комиссию (в консультативно-диагностическую поликлинику Государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – ГБУ КО «РПЦ»)) по адресу: г. Калининград, ул. Комсомольская, 36, телефоны 8 (4012) 21-43-10, 8 (4012) 21-47-11.

24. Комиссия на основании представленных медицинских документов принимает решение о направлении пациентки в медицинскую организацию для выполнения услуги с использованием ВРТ за счет средств ОМС или отказе в направлении на ВРТ.

25. Решение о предоставлении медицинской помощи с использованием ВРТ за счет средств ОМС или об отказе в ее предоставлении принимается Комиссией в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента поступления

документов.

26. Решение Комиссии оформляется протоколом заседания Комиссии (далее – Протокол заседания Комиссии) по форме согласно приложению № 10 к настоящему приказу.

27. Комиссия направляет Протокол заседания Комиссии в течение 5 рабочих дней со дня его подписания в медицинскую организацию по месту наблюдения пациентки.

28. Медицинская организация по месту наблюдения, представившая документы в Комиссию, обеспечивает выдачу Протокола заседания Комиссии пациентке в течение 5 рабочих дней со дня его получения.

29. Медицинская организация по месту наблюдения, представившая документы в Комиссию, в соответствии с Протоколом заседания Комиссии выдает пациентке направление на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, по форме согласно приложению № 11 к настоящему приказу и осуществляет контроль за выполнением объема и соблюдением сроков обследования и лечения.

30. Лечащий врач медицинской организации по месту наблюдения при направлении пациентки на лечение обеспечивает:

1) своевременную выдачу направления на лечение бесплодия с применением ВРТ по форме согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

2) проведение медицинских осмотров и исследований, в том числе к дате лечения, согласованной с медицинской организацией, осуществляющей ВРТ;

3) контроль за обращением в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату;

4) в случае невозможности прибытия пациентки в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в назначенную дату своевременное информирование Комиссии с приложением заявления гражданина об изменении даты или об отказе от лечения.

31. Медицинская организация, осуществляющая ВРТ, определяет дату лечения и информирует пациентку, медицинскую организацию, направившую пациентку, Комиссию.

32. В случае неявки направленной пациентки в назначенную дату на лечение бесплодия с использованием ВРТ, представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, в течение 5 рабочих дней информирует о неявке пациентки:

1) секретаря Комиссии;

2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

33. Пациентка при обращении за лечением в назначенную дату представляет в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, следующие документы:

1) выписку из медицинской документации для направления на Комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской

помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области по форме согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

2) направление на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

3) документ, удостоверяющий личность;

4) документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства на территории Калининградской области;

5) документ, удостоверяющий личность мужа (партнера);

6) полис ОМС (пациентка должна быть зарегистрирована в медицинской информационной системе «БАРС. Здравоохранение»;

7) информированное добровольное согласие пациентки и ее мужа (партнера) на обработку персональных данных;

8) результаты дополнительных проведенных медицинских осмотров и исследований.

34. При обращении за лечением в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, оформляется информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий по форме согласно приложению № 13 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

35. Лечение осуществляется в соответствии приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», клиническими рекомендациями (протоколом лечения) «Женское бесплодие», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2024 года, «Мужское бесплодие», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2025 года.

36. При обращении пациентки в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов представитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ, в течение 2 рабочих дней информирует о явке пациентки:

1) секретаря Комиссии;

2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

37. Медицинская организация, выполнившая программу ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС, направляет справку о выполнении медицинской организацией программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы ОМС (далее – Справка) по форме, согласно приложению № 15 к настоящему приказу, в срок не более 2-х рабочих дней с момента окончания программы ЭКО (перенос эмбриона в полость матки) и (или) изолированного переноса криоконсервированных эмбрионов

(криопереноса):

- 1) секретарю Комиссии;
- 2) медицинскую организацию, направившую пациентку на лечение.

38. На основании Справки осуществляется исключение из листа ожидания с указанием в электронной версии листа ожидания информации о факте лечения.

39. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО) пациентки могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ при условии соблюдения очередности, но не ранее чем через 3 месяца.

40. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациентки могут повторно включаться Комиссией в лист ожидания при условии соблюдения очередности.

41. С целью предупреждения осложнений, связанных с применением процедуры ЭКО, и повышения эффективности программы не допускается проведение в течение года более 2 попыток процедур ЭКО, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции и 3 протоколов переноса криоконсервированного эмбриона. Пациентки направляются на повторные циклы с соблюдением порядка очередности, интервал между протоколами не менее 3 месяцев. Подготовка эндометрия к переносу эмбрионов в полость матки в таком случае осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология»).

42. При отсутствии положительного исхода лечебного цикла лечение включает перенос ранее криоконсервированных эмбрионов, полученных в результате проведения ВРТ методом ЭКО.

43. Поддержка лютеиновой фазы после переноса эмбриона осуществляется в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология».

44. При выявлении ранних признаков синдрома гиперстимулированных яичников, тромбоэмболических осложнений, признаков воспаления органов репродуктивной системы, кровотечения, ранения сосудов и соседних органов, тонкого эндометрия на фоне стимуляции овуляции (М-ЭХО при ультразвуковом исследовании на день переноса эмбриона 6 мм и менее) перенос эмбрионов не проводится.

В таком случае осуществляется криоконсервация эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов осуществляется за счет личных средств граждан.

45. При низком ответе яичников на стимуляцию гонадотропинами (4 и менее ооцита) предусмотрено проведение программы ЭКО+ИКСИ.

46. При получении избыточного числа эмбрионов может применяться криоконсервация эмбрионов.

47. Криоконсервация и хранение эмбрионов осуществляется

по желанию пациента.

48. Диагностика беременности путем проведения исследования уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12 – 14 дней от момента переноса эмбрионов.

49. В случае наступления очередной менструации до 12 – 14 дней лютеиновой фазы определение уровня хорионического гонадотропина в крови или в моче не целесообразно.

50. Ультразвуковая диагностика беременности проводится с 21 дня после переноса эмбрионов.

51. В случае наступления беременности после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов диспансерное наблюдение беременной женщины осуществляется в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по профилю «акушерство и гинекология».

52. Беременная женщина после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов наблюдается в группе высокого перинатального риска.

53. Родоразрешение беременной женщины после проведения ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется в ГБУ КО «РПЦ».

54. Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

**СОСТАВ КОМИССИИ**

**Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области**

| №<br>п/п | Фамилия, имя, отчество         | Должность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | 2                              | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1        | Горбунов<br>Александр Петрович | заведующий консультативно-диагностическим отделением Государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – ГБУ КО «РПЦ»), главный внештатный специалист по охране репродуктивного здоровья женщин Министерства здравоохранения Калининградской области, председатель комиссии (по согласованию) |
| 2        | Шваб Александр<br>Анатольевич  | заведующий урологическим отделением Государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Городской клинической больницы скорой помощи», главный внештатный специалист по урологии Министерства здравоохранения Калининградской области, заместитель председателя комиссии (по согласованию)                                               |
| 3        | Мудрая<br>Ирина Васильевна     | врач-акушер-гинеколог консультативно-диагностического отделения ГБУ КО «РПЦ», секретарь комиссии (по согласованию)                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4        | Члены Комиссии                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5        | Будина<br>Ирина Владимировна   | заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области (по согласованию)                                                                                                                                                                                                                        |

|    |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Кейзер Александр Ростиславович       | врач-уролог-андролог консультативно-диагностического отделения ГБУ КО «РПЦ» (по согласованию)                                                                                                                                                                                                            |
| 7  | Пашов Александр Иванович             | заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (по согласованию) |
| 8  | Гуляева Алина Александровна          | врач акушер-гинеколог кабинета по невынашиванию беременности и бесплодию консультативно-диагностического отделения ГБУ КО «РПЦ» (по согласованию)                                                                                                                                                        |
| 9  | Наумова Анна Михайловна              | заведующая отделением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), врач-акушер-гинеколог, репродуктолог общества с ограниченной ответственностью «ЦЕНТР ЭКО» (по согласованию)                                                                                                               |
| 10 | Голубятникова Екатерина Владимировна | врач-акушер-гинеколог, репродуктолог общества с ограниченной ответственностью «Центр-Доктор» (по согласованию)                                                                                                                                                                                           |
| 11 | Педченко Алексей Евгеньевич          | заведующий отделением ВРТ, врач-акушер-гинеколог, репродуктолог общества с ограниченной ответственностью «Ай-Клиник- СЗ» (по согласованию)                                                                                                                                                               |

**ПОЛОЖЕНИЕ О КОМИССИИ**  
**Министерства здравоохранения Калининградской области**  
**по отбору граждан для оказания специализированной медицинской**  
**помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных**  
**репродуктивных технологий в рамках территориальной программы**  
**государственных гарантий бесплатного оказания гражданам**  
**медицинской помощи в Калининградской области**

1. Комиссия Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия) работает в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области.

2. Общие положения:

1) Комиссия является постоянно действующим коллегиальным органом, созданным при Министерстве здравоохранения Калининградской области.

2) Комиссия в своей деятельности руководствуется действующим законодательством Российской Федерации и Калининградской области.

3) организационно-техническое обеспечение деятельности Комиссии осуществляет Государственное бюджетное учреждение Калининградской области (далее – ГБУ КО «РПЦ»).

3. Задачей Комиссии является формирование и упорядочение потока пациентов, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи (далее – СМП) при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области путем составления листов ожидания и осуществления контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи.

4. Функции Комиссии:

1) рассматривает документы граждан, желающих получить лечение в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента поступления документов;

2) принимает решение о направлении пациентов на лечение с использованием ВРТ или об отказе в таком направлении;

3) направляет пациентов на дополнительное обследование

в медицинскую организацию, оформившую направление в Комиссию, при отсутствии данных лабораторных или иных исследований;

4) в течение 5 рабочих дней оформляет письменный отказ о проведении процедуры ВРТ и предоставляет его в направившую медицинскую организацию, в случае выявления противопоказаний или ограничений для лечения бесплодия с применением процедуры ВРТ;

5) составляет лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – лист ожидания) и осуществляет контроль соблюдения очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с применением ВРТ.

В лист ожидания включаются пациенты, застрахованные по ОМС на территории Калининградской области.

Пациенты, застрахованные по ОМС вне Калининградской области, в лист ожидания не включаются.

Лист ожидания с указанием очередности и шифра пациента хранится в Комиссии.

Электронная версия листа ожидания с указанием очередности и шифра без персональных данных размещается на официальном сайте Министерства здравоохранения Калининградской области с целью возможности беспрепятственного контроля за движением очереди;

6) ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, направивших пациентку и, осуществляющих ВРТ, о явке (неявке) направленной пациентки в назначенную дату на лечение бесплодия с использованием ВРТ;

7) ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, о проведенных процедурах ВРТ и достигнутых результатах;

8) координирует взаимодействие медицинских организаций в целях предоставления необходимого лечения;

9) осуществляет мониторинг и анализ результативности оказания лечения в медицинских организациях, осуществляющих ВРТ;

10) ведет мониторинг течения беременности и исхода родов после проведения ВРТ методом ЭКО;

11) рассматривает сложные и конфликтные случаи, возникающие при лечении пациентов;

#### 5. Состав и организация работы Комиссии:

1) Комиссия создается приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

Состав Комиссии, изменение ее состава и упразднение деятельности Комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

2) Работой Комиссии руководит председатель Комиссии.

3) Заседания Комиссии проводятся по мере поступления документов, но не реже одного раза в неделю (вторник в 12.00

в консультативно-диагностической поликлинике ГБУ КО «РПЦ»).

4) Решение Комиссии считается правомочным, если на заседании присутствуют не менее половины членов Комиссии.

Присутствие на заседании Комиссии иных лиц, кроме членов Комиссии, допускается с разрешения председателя Комиссии.

5) Председатель Комиссии:

- назначает дату, время и место проведения заседаний Комиссии;
- утверждает повестку заседания Комиссии;
- руководит заседанием Комиссии;
- подписывает Протоколы заседаний Комиссии;
- пользуется правами члена Комиссии наравне с другими членами Комиссии.

6) В случае отсутствия председателя Комиссии его полномочия осуществляет заместитель председателя Комиссии.

7) Члены Комиссии имеют право:

- участвовать в работе Комиссии;
- участвовать в обсуждении вопросов, включенных в повестку заседания Комиссии, вносить по ним предложения;
- знакомиться с документами и материалами по вопросам, вынесенным на обсуждение Комиссии, на стадии их подготовки, вносить свои предложения;
- в случае несогласия с принятым решением подготовить особое мнение по рассматриваемому вопросу в письменной форме, которое приобщается к соответствующему Протоколу заседания Комиссии.

8) Решение Комиссии определяется общим голосованием и принимается простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комиссии.

9) Каждый член Комиссии имеет один голос.

10) Решение Комиссии оформляется Протоколом заседания Комиссии по форме согласно приложению № 10 к настоящему приказу.

11) Протокол заседания Комиссии подписывается председателем Комиссии или его заместителем, председательствовавшим на заседании, и секретарем Комиссии.

12) Протокол заседания Комиссии составляется и подписывается в день проведения заседания.

13) Копия протокола заседания Комиссии хранится секретарем Комиссии.

14) Копии протоколов заседаний Комиссии и документы хранятся в течение 5 лет.

15) Секретарь Комиссии:

- принимает документы пациентов, желающих получить лечение, и регистрирует их в день получения в журнале по форме согласно приложению № 12 к настоящему приказу;
- включает в лист ожидания с указанием очередности и шифра, информация о шифре предоставляется пациентке;
- координирует деятельность членов Комиссии;
- готовит проект повестки заседаний Комиссии и представляет

на утверждение председателю Комиссии;

- своевременно информирует членов Комиссии о дате, времени, месте и повестке заседаний Комиссии;

- совместно с членами Комиссии готовит информацию, документы, раздаточный материал к заседаниям Комиссии;

- ведет Протоколы заседаний Комиссии и представляет их на подпись председателю Комиссии или заместителю председателя Комиссии;

- направляет Протоколы заседаний комиссии в медицинские организации, представившие документы на Комиссию;

- осуществляет мониторинг своевременности прибытия пациентки для получения лечения ВРТ, переносов сроков лечения, отказов от лечения;

- информирует медицинские организации, направившие пациентку для получения лечения, о неявке для получения лечения в медицинскую организацию, проводящую ВРТ;

- ведет учет сведений, полученных от медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, согласно приложению № 15 к настоящему приказу;

- осуществляет мониторинг результативности оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по форме согласно приложению № 16 к настоящему приказу;

- осуществляет мониторинг течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по форме согласно приложению № 17 к настоящему приказу;

- организует и ведет делопроизводство Комиссии.

16) Секретарь Комиссии в ходе заседания Комиссии выдает представителю медицинской организации, осуществляющей ВРТ:

- экземпляр выписки из медицинской документации для направления на Комиссию;

- копию полиса ОМС направляемой пациентки;

- копию протокола заседания Комиссии.

**П Р А В И Л А**  
**организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия**  
**с использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

1. Руководителям государственных медицинских организаций Калининградской области:

1) назначить в медицинской организации специалиста, ответственного за взаимодействие с Комиссией Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области (далее – Комиссия);

1) в течение 5 дней со дня издания настоящего приказа предоставить в Министерство здравоохранения Калининградской области сведения о специалисте, ответственном за взаимодействие с Комиссией, содержащие данные о должности, Ф.И.О., контактном телефоне и адресе электронной почты на электронную почту: [zkdp.rp-centr@infomed39.ru](mailto:zkdp.rp-centr@infomed39.ru);

2) организовать специализированные кабинеты по невынашиванию беременности и бесплодию в женских консультациях г. Калининграда (выделить указанный прием в расписании в медицинской информационной системы (далее – МИС);

3) выделить часы приема по невынашиванию беременности и бесплодию в медицинских организациях 1 и 2 уровня (выделить указанный прием в расписании в МИС);

4) обеспечить контроль организации диспансерного учета и наблюдения пациентов (супружеских пар), страдающих бесплодием, включая ведение картотеки и оформления медицинской документации (формы № 030/у, № 025/у), ведение регистр пациентов с бесплодием по форме, согласно приложению № 13 в МИС «БАРС. Здравоохранение»;

5) обеспечить введение сведений каждого пациента в регистр пациентов с бесплодием и дальнейшее ведение регистра по форме согласно приложению № 13;

6) направлять пациентов для проведения необходимого обследования, нуждающихся в специализированной медицинской помощи по поводу бесплодия, на консультативный прием в консультативно-диагностическое отделение Государственного бюджетного учреждения Калининградской области «Региональный перинатальный центр» (далее – ГБУ КО «РПЦ»);

7) лечащим врачам ГБУ КО «РПЦ» обеспечить предоставление пациентам перечня медицинских организаций, осуществляющих ВРТ из числа

участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

8) лечащим врачам ГБУ КО «РПЦ» и негосударственным медицинским организациям обеспечить направление полного пакета документов пациентов на Комиссию с целью принятия решения о направлении пациентки на лечение с использованием ВРТ или об отказе в таком направлении;

9) обеспечить мониторинг этапов оказания медицинской помощи каждой пациентки, получившей направление на лечение с использованием ВРТ, за проведением программы в негосударственных медицинских организациях;

10) осуществлять мониторинг пациенток, вставших на учет по беременности, из числа пролеченных с использованием ВРТ;

11) обеспечить контроль ведения беременных женщин, пролеченных с использованием ВРТ, в группе высокого перинатального риска;

12) обеспечить проведение информационно-разъяснительной работы о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области;

13) разместить информацию о порядке оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области на официальных сайтах медицинских организаций;

14) обеспечить предоставление главному внештатному специалисту по охране репродуктивного здоровья женщин Министерства здравоохранения Калининградской области Горбунову А.П. следующую информацию:

- ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, регистр пациентов с бесплодием по форме согласно приложению № 13;

- ежеквартально до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведения о диспансерной группе пациенток с бесплодием согласно приложению № 14;

- ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, мониторинг течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ за счет средств ОМС по форме согласно приложению № 17.

2. Главному внештатному специалисту по охране репродуктивного здоровья Министерства здравоохранения Калининградской области Горбунову А.П. обеспечить:

1) ведение регистра пациентов с бесплодием по форме согласно приложению № 13;

2) сбор сведений о диспансерной группе пациенток с бесплодием по форме согласно приложению № 14, информацию направлять ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в Министерство здравоохранения Калининградской области;

3) ведение мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ за счет средств ОМС по форме отчета согласно

приложению № 17, информацию направлять ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, в Министерство здравоохранения Калининградской области.

3. Руководителю ГБУ КО «РПЦ» Мартыновой Е.Е. обеспечить:

1) работу специалистов ГБУ КО «РПЦ» в составе Комиссии согласно приложению № 5;

2) условия для деятельности Комиссии на базе консультативного отделения;

3) прием пациентов в консультативно-диагностической поликлинике для уточнения диагноза, проведения необходимого лечения, определения тактики оказания специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную;

4) мониторинг этапов оказания медицинской помощи каждой пациентки, получившей направление на лечение с использованием метода ЭКО, за проведением программы в негосударственных медицинских организациях;

1) мониторинг пациенток, вставших на учет по беременности, из числа пролеченных с использованием ВРТ.

4. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, осуществляющих ВРТ:

1) обеспечить работу специалистов медицинских организаций, осуществляющих ВРТ, в составе Комиссии согласно приложению № 5;

2) обеспечить оказание специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области согласно приложению № 1, № 2, № 3 и № 4;

3) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию справку о выполнении медицинской организацией программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 15;

4) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию отчет по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 16;

5) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, представлять в Комиссию отчет по мониторингу течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 17;

6) актуализировать информацию об организации оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**ВЫПИСКА**

**из медицинской документации для направления на комиссию  
по отбору граждан для оказания специализированной медицинской  
помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных  
репродуктивных технологии в рамках территориальной программы  
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской  
помощи в Калининградской области**

(Медицинские документы предоставляются на комиссию по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологии в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области медицинской организацией, наблюдающей пациентку)

---

(полное наименование медицинской организации, направившую пациентку)

Адрес учреждения: (полный адрес медицинской организации)

---

Телефон: (Указать телефон медицинской организации с кодом города)

---

E-mail: (Указать e-mail медицинской организации)

---

Ф.И.О. пациентки

---

Дата рождения пациентки

---

Место жительства: *(указать место постоянной регистрации)*

---

Контактный телефон:

---

Полис ОМС

---

Выписка пациентки ФИО, возраст направляется в Комиссию Калининградской области или медицинскую организацию (указать конкретно; для решения вопроса

о проведении лечебного цикла ЭКО (ЭКО+ИКСИ) и ПЭ за счет средств (нужное указать)\_\_\_\_\_

# I) ОМС

Жалобы:(указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данной медицинской организации)\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез, включая информацию о гемотрансфузиях

Наследственный анамнез, включая все перенесенные инфекционные заболевания, в т.ч. Lues, туберкулез, гепатиты и т.д.

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического и хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при пазовой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения)

Менструальная функция

Первый день последней менструации\_\_\_\_\_

Семейный анамнез

Контрацепция

Гинекологические заболевания и перенесенные операции: (перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

| № п/п | Год | Диагноз | Объем оперативного вмешательства |
|-------|-----|---------|----------------------------------|
| 1     |     |         |                                  |
| 2     |     |         |                                  |
| 3     |     |         |                                  |
| 4     |     |         |                                  |

Репродуктивная функция: Беременностей (всего), из них Р - А -В - (перечислить в хронологической последовательности)

| № п/п | Год | Беременность | Особенности течения |
|-------|-----|--------------|---------------------|
| 1     |     |              |                     |
| 2     |     |              |                     |
| 3     |     |              |                     |
| 4     |     |              |                     |

**Если были попытки ЭКО, ЭКО/ИКСИ подробно расписать исходы проведенного лечения:**

Данные обследования, дата анализа (действителен 3 месяца)

| № п/п | Инфекция                    | Дата анализа | № анализа | Результат |
|-------|-----------------------------|--------------|-----------|-----------|
| 1     | ВИЧ (действителен 3 месяца) |              |           |           |
| 2     | Сифилис                     |              |           |           |
| 3     | Гепатит В                   |              |           |           |
| 4     | Гепатит С                   |              |           |           |

При получении положительного результата необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение «Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет».

Консультация врача инфекциониста: дата консультации – носительство вируса гепатита С. Противопоказаний к программе ЭКО и вынашиванию беременности нет» (действителен 1 год):

Группа крови резус фактор: дата анализа; чО (I) Rh (+) положительный» пример. (действителен не ограничено):

Общий анализ крови: дата анализа (действителен 1 месяц):

| № п/п | Показатель         | Значение | Норма, единицы измерения |
|-------|--------------------|----------|--------------------------|
| 1     | 2                  | 3        | 4                        |
| 1     | Гемоглобин         |          |                          |
| 2     | Эритроциты         |          |                          |
| 3     | Цветной показатель |          |                          |
| 4     | Гематокрит         |          |                          |
| 5     | Ретикулоциты       |          |                          |
| 6     | Тромбоциты         |          |                          |
| 7     | СОЭ                |          |                          |
| 8     | Лейкоциты          |          |                          |
| 9     | • базофилы         |          |                          |
| 10    | • эозинофилы       |          |                          |
| 11    | • миелоциты        |          |                          |
| 12    | • метамиелоциты    |          |                          |

| 1  | 2                 | 3 | 4 |
|----|-------------------|---|---|
| 13 | • палочкоядерные  |   |   |
| 14 | • сегментоядерные |   |   |
| 15 | • лимфоциты       |   |   |
| 16 | • моноциты        |   |   |

Общий анализ мочи: - дата анализа (действителен 1 месяц):

Уд. вес - Белок - Лейкоциты - Бактерии - ...в п/зр.

Биохимический анализ крови: дата анализа (действителен 1 месяц):

| №<br>п/п | Показатель      | Значение | Норма, единицы<br>измерения |
|----------|-----------------|----------|-----------------------------|
| 1        | Глюкоза         |          |                             |
| 2        | Общий белок     |          |                             |
| 3        | Общий билирубин |          |                             |
| 4        | Креатинин       |          |                             |
| 5        | Холестерин      |          |                             |
| 6        | АСТ             |          |                             |
| 7        | АЛТ             |          |                             |

Гемостазиограмма: дата анализа (действителен 1 месяц).

| №<br>п/п | Показатель                 | Значение | Норма, единицы<br>измерения |
|----------|----------------------------|----------|-----------------------------|
| 1        | МНО                        |          |                             |
| 2        | протромбиновый индекс      |          |                             |
| 3        | АПТВ (Чувствительное к ВА) |          |                             |
| 4        | АПТВ                       |          |                             |
| 5        | Фибриноген                 |          |                             |
| 6        | Тромбиновое время          |          |                             |
| 7        | Антитромбин III            |          |                             |

При выявлении нарушений показателей коагулограммы - показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: «Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет».

Гормональное обследование: дата анализа (действителен 6 месяцев):

| №<br>п/п | Гормоны<br>на 2 – 3-й день менструального,<br>цикла | Показатели | Норма, единицы<br>измерения |
|----------|-----------------------------------------------------|------------|-----------------------------|
| 1        | 2                                                   | 3          | 4                           |
| 1        | ФСГ                                                 |            |                             |
| 2        | ЛГ                                                  |            |                             |
| 3        | Эстрадиол                                           |            |                             |
| 4        | пролактин                                           |            |                             |
| 5        | Кортизол (по показаниям)                            |            |                             |
| 6        | Тестостерон (по показаниям)                         |            |                             |
| 7        | ТТГ                                                 |            |                             |
| 8        | АТ к ТПО                                            |            |                             |
| 9        | АМГ (обязательно!!!)                                |            |                             |

| 1  | 2                                                                               | 3 | 4 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 10 | Прогестерон на 21 – 23-й день текущего менструального цикла, дата анализа – ... |   |   |

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (действителен 3 месяца):

| № п/п | Инфекции              | Результат |
|-------|-----------------------|-----------|
| 1     | Trichomonas vaginalis |           |
| 2     | Chlamydia trachomatis |           |
| 3     | Mycoplasma genitalium |           |
| 4     | Neisseria gonorrhoeae |           |

Исследование сыворотки крови истодом ИФА: дата анализа (действителен 1 год):

| № п/п | Инфекции | IgM                                 | Ig G. единицы измерения             |
|-------|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1     | Краснуха |                                     |                                     |
| 2     | Корь     | При направлении в Федеральный центр | При направлении в Федеральный центр |

Мазок на флору дата анализа (действителен 1 месяц):

| № п/п | Показатель      | V | C | U |
|-------|-----------------|---|---|---|
| 1     | Лейкоциты       |   |   |   |
| 2     | Пл. эпителий    |   |   |   |
| 3     | Гонококки Нейс. |   |   |   |
| 4     | Трихомонады     |   |   |   |
| 5     | Флора           |   |   |   |

Кольпоскопия: дата анализа (действительно 1 год) – Патологии не выявлено.

Мазок на онкоцитологию: дата анализа (действителен 1 год) – Без особенностей.

Гистеросальпингография (действителен 1 год: дата анализа: Описание. Заключение: ...

УЗИ органов малого таза на 5-7 день менструального цикла: дата исследования (1 месяц до подачи документов на комиссию и за 14 дней до начала протокола ЭКО):

Описание:

Матка – положение, размеры, эхоструктура миометрия.

Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО;

- наличие миоматозного узла любой локализации и размера, деформирующего полость матки;

- наличие миоматозного узла любой локализации размером более 3 см.

Эндо метрий – размер, эхоструктура.

Противопоказание для проведения лечебного цикла ЭКО:

- наличие полипа эндометрия;

- хронический эндометрит, не леченный или в стадии обострения;
- синехии в полости матки.

ЭКГ: дата исследования (действительно 1 год):

Описание ритм синусовый Заключение: патологии не выявлено.

Консультация кардиолога (при выявлении патологии) (действительно 1 год): дата осмотра:  
 Диагноз. Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

Флюорография: дата исследования (действительна 1 год):

Заключение: патологии не выявлено.

Консультация терапевта (обязательна для всех пациенток!): дата осмотра (действительно 1 год). Диагноз: Практически здорова. (При выявлении патологии указать диагноз: хр. Пиелонефрит в стадии ремиссии, дискинезия желчевыводящих путей и т.д.).

Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ молочных желез (для пациенток до 35 лет): дата исследования (действительно 1 год):

Описание. Заключение: Патологии не выявлено.

Маммография (для пациенток после 35 лет): дата исследования (действительно 1 год):

Описание Заключение: Патологии не выявлено.

Консультация маммолога (онколога) (по показаниям при выявлении патологических изменений по результатам УЗИ или маммографии): дата осмотра (действительно 1 год).

Диагноз. Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ щитовидной железы: дата исследования (действительно 1 год):

Описание. Заключение: Патологии не выявлено.

Консультация эндокринолога (по показаниям, при выявлении патологических изменений со стороны эндокринной системы): дата осмотра (действительно 1 год):

Диагноз. Заключение: Противопоказаний к проведению лечебного цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

Консультация генетика по показаниям, старше 35 лет обязательно (действительно 1 год)

### **Мужчина Ф.И.О возраст**

Здоров, Брак – 1.2 .., наличие детей (ДА/НЕТ) в данном или предыдущем браке.

Данные обследования, дата анализа (действителен 3 месяца):

| № п/п | Инфекция  | Дата анализа | № анализа | Результат |
|-------|-----------|--------------|-----------|-----------|
| 1     | ВИЧ       |              |           |           |
| 2     | Сифилис   |              |           |           |
| 3     | Гепатит В |              |           |           |
| 4     | Гепатит С |              |           |           |

В отношении перенесенного сифилиса обследование по вышеизложенным рекомендациям.

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (действителен 3 месяца):

| № п/п | Инфекция                      | Результат |
|-------|-------------------------------|-----------|
| 1     | <i>Ureaplasma urealyticum</i> |           |
| 2     | <i>Chlamydia trachomatis</i>  |           |
| 3     | <i>Mycoplasma genitalium</i>  |           |
| 4     | <i>Neisseria gonorrhoeae</i>  |           |
| 5     | <i>Trichomonas vaginalis</i>  |           |

Микроскопическое исследование отделяемого из уретры (действителен 3 месяца)

Спермограмма (со строгой морфологией по Крюгеру) (действителен 6 месяцев):

| Спермограмма                                                   | Дата анализа |             |                                            |            |                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------------------------|------------|------------------|
| Параметры                                                      | Показатели   | Норма ВОЗ   | Параметры                                  | Показатели | Норма ВОЗ        |
| Воздержание                                                    |              | 2-5 дней    | количество сперматозоидов в 1 мл           |            | $\geq 15$ млн/мл |
| Время разжижения                                               |              | < 60 мин    | количество сперматозоидов в эякуляте       |            | $\geq 30$ млн/мл |
| Объем эякулята                                                 |              | 2 – 4 мл    | подвижных (а + в)                          |            | $\geq 32\%$      |
| Вязкость                                                       |              | N           | из них: быстрых прогрессивных «а»          |            |                  |
| Цвет                                                           |              | серо-молоч. | средних «в»                                |            |                  |
| РН                                                             |              | 7,2 – 7,8   | медленных «с»                              |            |                  |
| Агглютинация                                                   |              | нет         | неподвижных                                |            | < 50%            |
| Лейкоциты                                                      |              | < 1 млн/мл  | Средняя прогрессивная скорость             |            |                  |
| Спермоцитограмма                                               |              |             |                                            |            |                  |
| Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ $\geq 4\%$ ) |              |             | Сперматозоиды с патологической морфологией |            |                  |
| Сперматиды                                                     |              |             | 1. головки                                 |            |                  |
|                                                                |              |             | 2. шейки                                   |            |                  |
| Особенности:                                                   |              |             | 3. хвоста                                  |            |                  |
|                                                                |              |             | 4. смешанного                              |            |                  |

Заключение: Нормозооспермия. Патозооспермия (подробно).

MAR-тест (по показаниям, в случае бесплодия неясного генеза) (действительно 6 месяцев)

Консультация уролога / уролога-андролога (по показаниям, при патоспермии): дата осмотра

*(действительно 6 месяцев)*

Диагноз. Заключение: с указанием необходимого метода лечения ЭКО / ЭКО+ИКСИ.

**Диагноз (пример!):**

Бесплодие 1 (11), сочетанное: связанное с трубным фактором. / (Код по МКБ-10: N97.1) и мужским фактором бесплодия (олиго-астено-тератозооспермия. криптозооспермия. криптозооспермия) / (Код по МКБ-10: N97.4 либо N46).

(В диагнозе указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания!)

**(Пример!):**

Миома матки (форма).

Состояние после кансервативной миомэктомии, с / без вскрытия полости матки.

Состояние после резекции яичников, каутеризации яичников.

Состояние после удаления придатков матки справа / слева.

Экзогенно-конституциональное ожирение 1 – 2 степени.

Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз.

Лечащий врач \_\_\_\_\_ Ф.И.О

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ Ф.И.О

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_ Ф.И.О

*(Печать медицинской организации (синяя))*

Дата «    » \_\_\_\_\_ 202    г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9  
к приказу Министерства  
здравоохранения Калининградской  
области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**З А Я В Л Е Н И Е**  
**о предоставлении лечения**  
**бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных**  
**технологий по программе экстракорпорального оплодотворения и (или)**  
**перенос криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной**  
**программы обязательного медицинского страхования**

Комиссия по отбору граждан для  
оказания специализированной  
медицинской помощи при лечении  
бесплодия с применением  
вспомогательных репродуктивных  
технологии в рамках территориальной  
программы государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи в  
Калининградской области

\_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

\_\_\_\_\_  
(паспортные данные заявителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства заявителя)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

**Заявление**

Прошу оказать мне медицинскую помощь по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области.

Приложение:

- ☐ копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
- ☐ копия документа, удостоверяющего личность мужа (партнера);

- ☐ выписка из медицинской документации, два экземпляра;
- ☐ копия полиса обязательного медицинского страхования, два экземпляра;
- ☐ информированное добровольное согласие на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов
- ☐ информированное добровольное согласие мужа (партнера) на обработку персональных данных для оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов
- ☐ Я информирована о показаниях для оказания гражданину медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, прошу оказать мне не предусмотренные при лечении бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов, в качестве платной услуги:
- использование донорских яйцеклеток
  - использование донорской спермы;
  - биопсия эмбриона с целью предимплантационной диагностики;  
(необходимое подчеркнуть)
- другое \_\_\_\_\_  
(вписать)

Прошу направить на лечение бесплодия с использованием ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов в медицинскую организацию

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

Обязуюсь:

явиться на лечение в медицинскую организацию, осуществляющую ВРТ, в дату, назначенную медицинской организацией, осуществляющей ВРТ;

информировать врача репродуктолога медицинской организации, осуществляющей ВРТ, и медицинскую организацию, направившую меня на лечение, о результате лечения.

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_**  
**заседания комиссии Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области**

г. Калининград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Комиссия в составе:

Председатель/ заместитель председателя: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приглашенные: \_\_\_\_\_

Представлена пациентка (ФИО): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Код МКБ: \_\_\_\_\_

**Заключение комиссии:**

☐ Направить на ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов

(указать учреждение здравоохранения, оказывающее ВРТ, предположительную дату вызова, контактные данные учреждения здравоохранения, оказывающего ВРТ)

☐ Рекомендовать следующую программу ВРТ по программе ЭКО и (или) перенос криоконсервированных эмбрионов \_\_\_\_\_

☐ Рекомендовать дополнительное обследование \_\_\_\_\_

☐ Рекомендовать лечение \_\_\_\_\_

☐ Отказать в направлении на ВРТ по программе ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов \_\_\_\_\_

(указать причину)

Председатель Комиссии

Секретарь Комиссии

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**для проведения программы экстракорпорального оплодотворения  
и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной  
программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи в Калининградской области**

---

(Ф.И.О (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения  
программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(дата рождения пациента)

(возраст пациента)

---

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

---

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС пациента)

---

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

---

(код диагноза пациента по МКБ-10)

---

(первичное/повторное обращение для проведения программы ЭКО и (или) переноса  
криоконсервированных эмбрионов)

---

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

---

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

---

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**Ж У Р Н А Л**

**регистрации медицинских документов, направленных в комиссию Министерства здравоохранения Калининградской области по отбору граждан для оказания специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калининградской области<sup>1</sup>**

| №<br>п/п | Полис<br>ОМС | ФИО | Дата<br>рождения | Домашний<br>адрес<br>(регистра-<br>ция) | Телефон | Диагноз | Дата<br>регистрации | Дата<br>заседания<br>Комиссии | Решение<br>Комиссии | Медицинская организация, в<br>которую направлена пациентка для<br>проведения ВРТ | Сведения о<br>проведении<br>лечения | Примечание |
|----------|--------------|-----|------------------|-----------------------------------------|---------|---------|---------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| 1        |              |     |                  |                                         |         |         |                     |                               |                     |                                                                                  |                                     |            |
| 2        |              |     |                  |                                         |         |         |                     |                               |                     |                                                                                  |                                     |            |

<sup>1</sup>Сведения, вносимые в журнал, включают персональные данные и врачебную тайну, в связи с чем подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

FORMA

# РЕГИСТР

## пациентов с бесплодием

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

период \_\_\_\_\_

(указывается месяц/год)

[illegible]

ПРИЛОЖЕНИЕ № 14  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**С В Е Д Е Н И Я**  
**о диспансерной группе пациенток с бесплодием**

Наименование медицинской  
организации \_\_\_\_\_

период \_\_\_\_\_

(указывается квартал/год)

| №<br>п/п | Клинический диагноз, код МКБ                                                             | Количество<br>пациенток |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1        | Женское бесплодие трубного происхождения, N97.1                                          |                         |
| 2        | Женское бесплодие маточного происхождения , N97.2                                        |                         |
| 3        | Женское бесплодие цервикального происхождения,<br>N97.3                                  |                         |
| 4        | Женское бесплодие, связанное с мужским фактором,<br>N97.4                                |                         |
| 5        | Другие формы женского бесплодия, N97.8                                                   |                         |
| 6        | Женское бесплодие неуточненное, N97.9                                                    |                         |
| 7        | Женское бесплодие в сочетании с мужским, N97+N46                                         |                         |
| 8        | Итого                                                                                    |                         |
| 9        | Количество пациенток, имеющих продолжительность<br>обследования и лечения менее двух лет |                         |
| 10       | Количество пациенток, имеющих продолжительность<br>обследования и лечения более двух лет |                         |

Руководитель медицинской организации (ФИО) \_\_\_\_\_  
(Подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

ПРИЛОЖЕНИЕ № 15  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**СПРАВКА**  
**о выполнении медицинской организацией программы**  
**экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса**  
**криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы**  
**государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской**  
**помощи в Калининградской области**

---

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО и (или)  
перенос криоконсервированных эмбрионов)

---

(дата рождения пациента)

---

(возраст пациента)

---

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

---

(результат проведенного лечения: биохимическая беременность, УЗ - беременность, нет  
беременности)

(должность руководителя  
медицинской организации)

(подпись)

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

М.П.

«    »    20    г.  
(дата оформления)

---

ПРИЛОЖЕНИЕ № 16  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

ФОРМА

**О Т Ч Е Т**  
**по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия**  
**с использованием вспомогательных репродуктивных технологий**  
**за счет средств обязательного медицинского страхования**

Наименование медицинской организации, осуществляющей ВРТ \_\_\_\_\_

период \_\_\_\_\_  
(указывается месяц/год)

| №<br>п/п | ФИО пациента, поступившего<br>на программу ВРТ | Дата вступления<br>в программу ВРТ | Осложнения при проведении ВРТ (синдром<br>гиперстимулированных яичников,<br>кровотечение, воспаление, травма сосудов и<br>соседних органов) недостаточная<br>пролиферация эндометрия на фоне<br>стимуляции овуляции | Результат<br>(беременность маточная,<br>беременность внематочная,<br>беременность многоплодная,<br>беременность не наступила) |
|----------|------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                                                |                                    |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |
|          |                                                |                                    |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |

Количество пациентов, находящихся в лечебных циклах на данный момент \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации, осуществляющей ВРТ \_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)

Дата \_\_\_\_\_ М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 17  
к приказу Министерства здравоохранения  
Калининградской области  
от 19 августа 2026 г. № 636

FORMA

# О Т Ч Е Т

**мониторинга течения беременности и исхода родов по результатам оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств обязательного медицинского страхования**

[illegible]

| 1  | 2                                                                                                                                                  | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
|    | циклах лечения                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 9  | Количество пациенток с неудачными попытками ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/переноса криоконсервированных эмбрионов (отрицательный результат)             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 10 | Количество пациенток с наступившей беременностью после проведения ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ переноса криоконсервированных эмбрионов всего, в т. ч. |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - с многоплодной беременностью                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - после переноса криоконсервированных эмбрионов                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 11 | Количество осложнений при проведении ВРТ всего, в т.ч.                                                                                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - синдром гиперстимулированных яичников                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - кровотечения                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | -воспаление органов репродуктивной системы                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - ранение сосудов                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - ранение соседних органов                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - недостаточная пролиферация эндометрия на фоне стимуляции овуляции                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 12 | Исходы беременности                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - самопроизвольный выкидыш (количество)                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - неразвивающаяся беременность (количество)                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - медицинский аборт (количество)                                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - прерывание по медицинским показаниям всего (количество), из них:                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - по медицинским показаниям со стороны матери (количество)                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - в связи с выявленными врожденными пороками (аномалиями) развития                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |

| 1  | 2                                                                                                                                                                | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
|    | (ВПР) плода (количество)                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - преждевременные роды всего (количество) из них                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - в сроки 22 – 27 недель беременности (количество)                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - в сроки 28 – 37 недель беременности (количество)                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - срочные роды (количество)                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - кесарево сечение (количество)                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 13 | Количество детей, родившихся живыми                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 14 | Количество пациенток, состоящих на учете по беременности                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 15 | Количество пациенток с пренатально выявленной патологией плода                                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 16 | Количество пациенток с выявленной патологией ребенка в раннем неонатальном периоде                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 17 | Количество пациенток с пренатально выявленной патологией плода, не подтвержденной в раннем неонатальном периоде                                                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 18 | Перинатальные потери всего (количество), в т.ч.                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - количество мертворожденных всего из них                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - количество антенатальных потерь                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - количество интранатальных потерь                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
|    | - количество умерших в раннем неонатальном периоде                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| 19 | Количество пациенток, прошедших ВРТ методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/перенос криоконсервированных эмбрионов по которым нет информации о течение беременности и исходов родов |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |