



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 27010

от "12" февраля 2013г.

П Р И К А З

30 августа 2012г.

№ 107Н

Москва

**О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению**

В соответствии со статьями 14, 20, 37 и 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:

порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению согласно приложению № 1;

перечень противопоказаний к проведению базовой программы вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 2;

форму вкладыша в медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного при применении вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 3;

форму индивидуальной карты донора спермы согласно приложению № 4;

форму индивидуальной карты донора ооцитов согласно приложению № 5;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов согласно приложению № 6;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы согласно приложению № 7;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток согласно приложению № 8;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов согласно приложению № 9;

форму журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов согласно приложению № 10;

форму журнала учета искусственных инсеминаций согласно приложению № 11;

форму информированного добровольного согласия на применение вспомогательных репродуктивных технологий согласно приложению № 12;

форму информированного добровольного согласия на проведение операции редукции числа эмбрионов согласно приложению № 13.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 апреля 2003 г., регистрационный № 4452).

Министр



В.И. Скворцова

Приложение № 1  
к приказу Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 31 августа 2011 г. № 1074

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

**1. Общие положения**

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

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

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

3. Мужчины и женщины, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее – пациенты). Однородная женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее также пациент)<sup>2</sup>.

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

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

<sup>1</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями) Федеральный закон от 21.11.2011 № 325-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон

и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) (далее – медицинские организации).

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

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

### **Отбор пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий**

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

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

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

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

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

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

д) обследование мужчины и женщины на наличие урогенитальных инфекций.

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

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. При подготовке к программе ВРТ на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ мужчине и женщине проводится обследование, которое включает:

- а) определение антител к бледной трепонеме в крови;
- б) определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) 1, 2, к антигену вирусного гепатита В и С, определение антител вируса простого герпеса в крови;
- в) микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофизонты (трихомонады);
- г) микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму;
- д) молекулярно-биологическое исследование на вирус простого герпеса 1, 2, на цитомегаловирус.

12. Женщинам выполняются:

- а) общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (оригинальное исследование системы гемостаза);
- б) общий анализ мочи;
- в) определение антител класса М, G к вирусу краснухи в крови;
- г) микроскопическое исследование влагалищных мазков;
- д) цитологическое исследование шейки матки;
- е) ультразвуковое исследование органов малого таза;
- ж) флюорография легких (для женщин, не проходивших это исследование более 12 месяцев);
- з) регистрация электрокардиограммы;
- и) прием (осмотр, консультация) врача-терапевта.

13. Женщинам старше 35 лет проводится маммография. Женщинам до 35 лет выполняется ультразвуковое исследование молочных желез, при выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы проводится маммография.

14. Женщинам, имеющим в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, страдающим первичной аменореей, назначается осмотр (консультация) врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование).

15. При выявлении эндокринных нарушений назначается осмотр (консультация) врача-эндокринолога, проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников.

16. Мужьям (партнерам) женщины выполняется исследование эякулята.

17. При выявлении патологии органов малого таза, требующих хирургического лечения, на этапе оказания специализированной медицинской помощи пациенткам выполняется лапароскопия и гистероскопия. В случае наличия гидросальпинкса выполняется тубэктомия.

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

19. Выявленные при проведении лапароскопии субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы, по расположению и размерам (более 1 см) способные оказать негативное влияние на течение беременности, удаляют. При обнаружении во время гистероскопии субмукозных миоматозных узлов, полипов эндометрия выполняется гистерорезектоскопия.

### **III. Порядок применения ВРТ**

#### **Базовая программа ВРТ (экстракорпоральное оплодотворение)**

20. Показаниями для проведения базовой программы экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) являются:

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

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

21. Перечень противопоказаний для проведения ЭКО (далее – Перечень противопоказаний) предусмотрен приложением № 2.

22. Ограничения к применению программы ЭКО являются:

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

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

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

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

24. Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:

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

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

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

г) культивирование эмбрионов;

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

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

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

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

28. В случае диагностики многоплодной беременности в целях профилактики осложнений во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанных с многоплодием, проводится операция

редукции эмбриона (ов) при наличии информированного добровольного согласия по форме согласно приложению № 13.

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

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

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

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

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

### **Иньекция сперматозоида в цитоплазму ооцита**

34. Показаниями для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (далее – ИКСИ) являются:

- а) тяжелое нарушение сперматогенеза;
- б) эякуляторная дисфункция;
- в) отсутствие или низкий процент оплодотворения (менее 20%) ооцитов в предыдущей программе ЭКО;
- г) малое количество ооцитов (менее 4-х).

35. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются:

- а) обструктивная азооспермия;
- б) эякуляторная дисфункция, в том числе ретроградная эякуляция.

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

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

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

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



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

40. Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов (далее также – биоматериалы) за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

42. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

49. Медицинская организация несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за хранение и соблюдение условий криоконсервации половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов.

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

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

- а) дата криоконсервации с указанием вида биоматериала;
- б) Ф.И.О. пациента (в случае криоконсервации эмбрионов – мужчины и женщины, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, Ф.И.О. анонимного донора(ов) не указывается);
- в) качество замороженного биоматериала;
- г) среда для криоконсервации и хранения биоматериала;
- д) дата выдачи биоматериала для транспортировки;
- е) подпись лица, принявшего биоматериал для транспортировки.

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

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

- а) журнал учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток по форме согласно приложению № 8;
- б) журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов по форме согласно приложению № 6.

### **Использование донорских ооцитов**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Использование донорской спермы**

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

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

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

б) отсутствие полового партнера у женщины;

в) азооспермия у мужа (партнера);

г) наследственные заболевания у мужа (партнера).

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

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

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

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

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

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

### **Использование донорских эмбрионов**

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

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

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

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

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

- а) отсутствие у партнеров собственных половых клеток;
- б) высокий риск развития наследственных заболеваний;
- в) неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности (при 3-х и более попытках ЭКО).

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

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

## Суррогатное материнство

77. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения (далее – генетическая мать и генетический отец), либо одинокой женщиной (далее также – генетическая мать), для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям<sup>1</sup>.

78. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двенадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки<sup>2</sup>.

79. Показаниями к применению суррогатного материнства являются:

- а) отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- б) деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- в) патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия);
- г) заболевания (состояния), включенные в Перечень противопоказаний;
- д) неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;
- е) привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

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

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

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

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

- а) синхронизация менструальных циклов генетической матери и суррогатной матери;

<sup>1</sup> – пункт 9 статьи 55 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

<sup>2</sup> – пункт 10 статьи 55 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

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

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

д) культивирование эмбрионов;

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

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

84. Показаниями для проведения искусственной инсеминации (далее ИИ) донорской спермой являются:

а) со стороны мужа (партнера):

тяжелое нарушение сперматогенеза;

эякуляторно-сексуальные расстройства;

высокий риск развития наследственных заболеваний.

б) со стороны женщины:

отсутствие полового партнера.

85. При ИИ донорской спермой допускается применение только криоконсервированной спермы.

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

а) со стороны мужа (партнера):

субфертильная сперма;

эякуляторно-сексуальные расстройства;

б) со стороны женщины:

бесплодие цервикального происхождения;

вагинизм.

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

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

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

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

91. ИИ может применяться как в естественном цикле, так и с использованием стимуляции овуляции и суперовуляции (при ановуляции), с применением лекарственных препаратов, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению.

92. При проведении ИИ осуществляется ведение журнала учета искусственных инсеминаций по форме согласно приложению № 14.

### **Применение ВРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов**

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

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

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

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

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

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

100. Мужчине и женщине, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции,

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

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

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

103. Работу с образцами спермы, фолликулярной жидкости, эмбрионами ВИЧ-инфицированных, инвазивные манипуляции у пациентов с ВИЧ-инфекцией следует проводить в специально выделенные для этого часы/дни либо в отдельных помещениях. После завершения работ проводится уборка и дезинфекция лабораторных помещений и неиспользованного оборудования.

104. С каждым образцом спермы, пунктатом фолликулов следует обращаться как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций. Манипуляции со спермой ВИЧ-позитивных пациентов следует проводить в ламинарных шкафах не менее чем 2 класса биологической защиты. Обеспечивается отдельное хранение отмытых образцов спермы ВИЧ-позитивных мужчин от общего потока образцов, а также до и после получения результатов РНК/ДНК тестирования. Образцы спермы, пунктата фолликулов ВИЧ-инфицированных пациентов должны быть промаркированы.

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

105. При консультировании врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и/или



специалистом Центра ВРТ, женщине и мужчине предоставляется подробная информация о методе, о вероятности риска инфицирования женщины при ЭКО, ИКСИ, ИИ специально подготовленными сперматозоидами мужа (партнера).

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Особенности проведения ВРТ ВИЧ-инфицированной женщине**

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

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

116. Стимуляцию овуляции целесообразно проводить на фоне лечения антиретровирусными лекарственными препаратами, независимо от наличия показаний к началу лечения ВИЧ-инфекции. При наступлении беременности антиретровирусную терапию следует продолжить на весь период гестации до родов. В период беременности не рекомендуется проведение инвазивных

медицинских вмешательств (кордоцентез, взятие ворсин хориона, редукцию многоплодной беременности, хирургическую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности и т.д.), которые могут привести к увеличению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

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

Приложение № 1  
к Порядку использования вспомогательных  
репродуктивных технологий,  
противопоказаниям и ограничениям к их  
применению, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 26 августа 2012 № 107н

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

е) организация профессиональной подготовки, переподготовки и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с законодательством Российской Федерации;

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

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

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

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

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

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

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

б) проведение стимуляции суперовуляции в программе ЭКО;

в) ультразвуковой и гормональный мониторинг фолликулогенеза в программе ЭКО;

г) пункция яичников с целью получения ооцитов;

д) инсеминация ооцитов *in vitro* сперматозоидами мужа, партнера или донора;

е) интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в ооцит;

ж) культивирование эмбрионов;

з) перенос эмбрионов в полость матки;

и) криоконсервация сперматозоидов, ооцитов и эмбрионов;

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

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

м) преимплантационная генетическая диагностика;

н) проведение программ донорши половых клеток и «суррогатного» материнства;

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

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

регистратура;

кабинеты врачей-акушеров-гинекологов;

кабинет врача-уролога\*;

кабинет ультразвуковой диагностики\*;

смотровой кабинет\*;

малая операционная (манипуляционная);  
процедурный кабинет;  
эмбриологическая комната;  
помещение для сдачи спермы;  
клинико-диагностическая лаборатория\*;  
дневной стационар\*;  
стерилизационная\*;  
помещение криохранилища\*;  
помещение ожидания для пациентов;  
ординаторская;  
помещение для хранения инвентаря;  
склад расходных материалов.

\* вопрос о включении в структуру решается руководителем Центра (отделения, лабораторий) вспомогательных репродуктивных технологий

Приложение № 2  
к Порядку использования вспомогательных  
репродуктивных технологий,  
противопоказаниям и ограничениям к их  
применению, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 августа 2014 г. № 1071с.

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

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий отделением – врач-акушер-гинеколог	1 должность
Врач-акушер-гинеколог (для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения)	Не менее 2 должностей
Врач-анестезиолог-реаниматолог	1 должность
Врач ультразвуковой диагностики	Из расчета норм времени на ультразвуковые исследования
Врач клинической лабораторной диагностики или эмбриолог	Не менее 2 должностей
Врач-уролог	1 должность
Старшая медицинская сестра	1 должность
Медицинская сестра	Из расчета 1 должность на каждую должность врача-специалиста
Медицинская сестра процедурной	1 должность
Операционная медицинская сестра (для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения)	1 должность
Медицинская сестра-анестезист	1 должность на 1 врача анестезиолога- реаниматолога
Медицинский регистратор	Не менее 1 должности
Лаборант	1 должность
Санитар	Из расчета 1 должность на 3 должности врачей-специалистов, ведущих консультативный прием
Сестра-хозяйка	1 должность

Приложение № 3  
к Порядку использования вспомогательных  
репродуктивных технологий,  
противопоказаниям и ограничениям к их  
применению, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 августа 2012 № 107 н.

**Стандарт оснащения Центра (лаборатории, отделений) вспомогательных  
репродуктивных технологий**

**Кабинет врача-акушера-гинеколога**

№ п/п	Наименование*
1.	Кресло гинекологическое
2.	Набор гинекологических инструментов
3.	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками
4.	Емкость для хранения стекол с мазками и их доставки в лабораторию
5.	Аппарат для измерения артериального давления
6.	Стетофонендоскоп
7.	Ширма
8.	Кухетка медицинская
9.	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала
10.	Манипуляционный стол для хранения стерильных инструментов
11.	Персональный компьютер с принтером
12.	Рабочее место врача
13.	Рабочее место медсестры
14.	Облучатель бактерицидный (лампа)
15.	Светильник медицинский передвижной
16.	Весы медицинские
17.	Ростомер

**Кабинет врача-уролога**

№ п/п	Наименование*
1.	Кухетка медицинская
2.	Ширма

3.	Аппарат для измерения артериального давления
4.	Стетофонендоскоп
5.	Набор стекол и пробирок для взятия материала на исследование
6.	Контейнер для хранения стекол и доставки в лабораторию
7.	Персональный компьютер с принтером
8.	Облучатель бактерицидный (лампа)
9.	Манипуляционный стол для хранения стерильных инструментов
10.	Рабочее место врача
11.	Рабочее место медсестры

### Процедурный кабинет

№ п/п	Наименование*
1.	Облучатель бактерицидный (лампа)
2.	Контейнер для хранения стерильного материала
3.	Противошоковая укладка, анти-ВИЧ-укладка
4.	Измеритель артериального давления
5.	Стетофонендоскоп
6.	Инструментарий и расходные материалы для манипуляций
7.	Медицинский шкаф для стерильных растворов и медикаментов
8.	Манипуляционный столик
9.	Штатив для внутривенного капельного введения
10.	Комплект для переливания крови
11.	Холодильник
12.	Кухонка медицинская
13.	Ширма
14.	Стол процедурный
15.	Шкаф для медикаментов экстренной помощи
16.	Контейнер для дезинфекции материала и рук
17.	Рабочее место медсестры

### Малая операционная (манипуляционная)

№ п/п	Наименование*
1.	Кресло гинекологическое операционное или операционный стол (с гидравлическим подъемником)
2.	Светильник бесстеновой медицинский
3.	Вакуум-аспиратор
4.	Ларингоскоп с набором лезвий
5.	Аппарат для интубационного наркоза переносной



6.	Инструментарий для гинекологического осмотра
7.	Источник кислорода
8.	Облучатель бактерицидный (лампа)
9.	Контейнер для использованных материалов (медицинских отходов)
10.	Столик анестезиологический, жесткий
11.	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками, оснащенными функциональными насадками
12.	Аппарат для мониторинга (пульс, оксигенация, артериальное давление)
13.	Противопожарная укладка, анти-ВИЧ-укладка
14.	Столик инструментальный
15.	Столик манипуляционный
16.	Медицинский шкаф для лекарственных препаратов

#### Эмбриологическая комната

№ п/п	Наименование*
1.	Бинокулярная лупа
2.	Термостат (СО-2 инкубатор)
3.	Световой микроскоп
4.	Инвертированный микроскоп
5.	Микроманипулятор
6.	Центрифуга
7.	Холодильник (медицинский)
8.	Ламинарный бокс с подогреваемой рабочей поверхностью
9.	Датчик для контроля СО <sub>2</sub> в инкубаторах
10.	Анти-ВИЧ-укладка
11.	Рабочее место эмбриолога
12.	Облучатель бактерицидный (лампа)

#### Помещение криохранилища

№ п/п	Наименование*
1.	Оборудование для криоконсервации биоматериала
2.	Сосуд Дьюара для хранения криоконсервированных половых клеток эмбрионов и тканей репродуктивных органов
3.	Сосуд Дьюара для транспортировки криоконсервированных половых клеток и тканей репродуктивных органов (для медицинских организаций, оказывающих услуги по транспортировке половых клеток эмбрионов и тканей репродуктивных органов)
4.	Сосуд Дьюара с запасом жидкого азота
5.	Контейнер для биоматериала
6.	Транспортировочная тележка

7.	Датчик для контроля содержания в помещении кислорода
----	--

## Стерилизационная

№ п/п	Наименование*
1.	Стерилизатор паровой или вакаф сухожаровой
2.	Облучатель бактерицидный (лампа)
3.	Аквариум для гор
4.	Оборудование для мойки и дезинфекции
5.	Стол для подготовки инструментов и материалов к стерилизации
6.	Камера для хранения стерильных инструментов и расходных материалов

## Помещение для сдачи спермы

№ п/п	Наименование*
1.	Купетка или кресло (стул)

\* Количество единиц - не менее 1.

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 августа 2011 г. № 107 н

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

№	Наименование заболевания	Форма, стадия, степень, фаза заболевания	Код заболевания по МКБ 10 <sup>9</sup>	Примечания
1	2	3	4	5
<b>НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ</b>				
1	Туберкулез	Все активные формы	A 15-A19	
	а) туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически	- « -	A 15 A 15.0-A 15.9	
	б) туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически и гистологически	- « -	A 16 A 16.1 A 16.2 A 16.6	Цели явлениях легочного-сердечной недостаточности
	в) туберкулез нервной системы	«	A 17 A 17.1-A 17.9	
	г) туберкулез других органов и систем	- « -	A 18	
	д) туберкулез костей и суставов	- « -	A 18.0	
	е) туберкулез мочеполовых органов (у женщин)	- « -	A 18.1	
	ж) туберкулез кишечных и брыжеечных лимфатических узлов	- « -	A 18.3	
	з) туберкулезный герпидиоз	Контактный герпидиоз	A 18.8	С развитием сердечной недостаточности и при невозможности проведения адекватного лечения

2	Вирусный гепатит: Острые гепатиты А, В, С, D, G; Хронические гепатиты в фазе обострения для мужчин, высокие уровни индикаторных ферментов)		В 15 - В 19	Лечение
3	Бактериальная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	В стадии: Инкубации (стадия 1); первичных проявлений (2А, 2Б, 2В); прогрессирования вторичных проявлений (4А, 4Б, 4В); терминальной (стадия 5)	В 20 - В 24	При стадии 1, 2А, 2Б, 2В рекомендуется осложнить гендерное вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) до перехода заболевания в субклиническую стадию. При стадии 4А, 4Б, 4В осложнить гендерное ВРТ до перехода заболевания в фазу ремиссии, продолжительности вы не менее 6 месяцев
4	Сифилис у мужчин и женщин		А 50 - А 53	Использование ВРТ возможно после излечения

Примечание: Острые воспалительные заболевания любой локализации у женщины являются противопоказанием к использованию ВРТ до их излечения.

#### ПОВОСБРАЗОВАНИЕ

1	Злокачественные новообразования любой локализации		С 00 - С 97	При наличии в анализе качественных новообразований запрещено возможности использования ВРТ разрешено на основании заключения онколога
2	Доброкачественные новообразования матки		Д 25	

Или в значительном требуется интенсивного лечения	Д 26	
	Д 27	
	Д 28	

**БОЛЕЗНИ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ**

1	Впервые острое острые лейкозы		С 91.0 С 92.0 С 92.1 С 92.5 С 93.0 С 94.0	
2	Множественные синдромы		Д 46	
3	Лимфомы из группы высокого риска		С 82 С 83 С 84 С 85 С 90	
4	Лимфограулематоз		С 81	
5	Хронический миелолейкоз: взрослые наиболее продвинутой от терминальной стадии заболевания		С 92.1	
6	Хронические миелопролиферативные заболевания	Взрывной криз	Д 47 Д 47.1 С 92.7 С 93.1 С 94.1	
7	Апластическая анемия	Тяжелая форма	Д 61	
8	Гемолитические анемии, острые гемолитические кризы	Тяжелое рецидивирующее течение	Д 55 Д 58 Д 59 Д 56	
9	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	Хроническое непрерывно рецидивирующее течение, рефрактерное к любому типу лечения	Д 69.3	

10	Острая атака порфирии, при продолжительности «светлых» периодов после последней атаки менее 2 лет		E 80	
11	Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха)	Тяжелое рецидивирующее течение	D 69.8	Поражение почек с развитием почечной недостаточности, легких и же желудочно-кишечного тракта
12	Антифосфолипидный синдром	Тяжелое течение	D 68.3	Наличие в анамнезе тромботических нарушений мозгового кровообращения, при формировании клапанных пороков сердца, поражения почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью

#### БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

1	Сахарный диабет с гематологической почечной недостаточностью на заместительной почечной терапии при невозможности трансплантации почек		E 10.9 E 11.9	
2	Сахарный диабет после трансплантации почки			
3	Сахарный диабет с прогрессирующей пролиферативной ретинопатией		E 10.5 E 11.5 E 12.5 E 13.3 E 14	
4	Гиперпаратиреоз	Тяжелая форма с внекостными и костными проявлениями	E 21	

#### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1	Хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями (психозы и слабоумие) или с высокой		F 03 F 04 F 06 F 07	
---	---	--	------------------------------	--

	степени из-за верянности обострения под действием беременности и родов		F 00 F 20 - F 29 F 42 F 70 - F 79 F 99	
2	Последственные и дегенеративные психические расстройства		F 70 F 84	
3	Выраженные психические расстройства		F 23 F 44	
4	Психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ		F 10 - F 19	
5	Расстройства настроения (аффективные расстройства)		F 30 - F 39	При стойких существенных установках и при отказе существенных действий

#### БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1	Тяжелые инвазивные и не исключающие заболевания нервной системы различной этиологии, сопровождающиеся выраженными двигательными, психическими расстройствами		G 00 - G 13 G 20 - G 26 G 30 - 31 G 35 G 40 G 46 - G 47 G 54 G 70 - G 73	
---	--	--	---	--

#### БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1	Ревматические болезни сердца:		I 05-I 09	
	а) от кровотока, связанные недостаточностью кровообращения (НК)	2б, 3 степени	I 50	
	б) от кровотока, связанные высокой летальной гипертензией		I 71 I 26 - I 27	
	в) с тромбоэмболическими осложнениями в аниевре, а также при кальциан тромбозе		I 81-I 82 I 81.3	

	болезнь сердца		
2	Кардиомиопатии а) дилатационная кардиомиопатия б) рестриктивная кардиомиопатия в) гипертрофическая кардиомиопатия с выраженной обструкцией выводящего тракта левого предсердия и/или обоих желудочков г) гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выводящего тракта левого желудочка со сложными нарушениями сердечного ритма		142.0 142.5 142.1 142.2
3	Болезнь (синдром) Аэри (Абернети) (гипертрофированный склероз легочных артерий с легочной гипертензией)		127.0
4	Состояние после перенесенных кардиохирургических вмешательств: а) после каталитивной (чрезкожной) коррекции врожденного порока сердца (ВПС) б) после хирургической коррекции ВПС с оставшимися признаками легочной гипертензии в) после хирургической коррекции порока сердца, вызванной сбоем в деятельности ритма г) стент или баллонное протезирование		I 82 I 88.8 I 88.8 I 82
5	Болезнь сосудов		





3	Острая жировая дистрофия печени	K 76.0	
4	Безвзвешенная септоэмболия, обусловленная тромбозом, эмболией, закупоркой сосудов и кровотоками	K 90	
5	Неспецифический язвенный колит, осложненный токсической дилатацией толстой кишки, профузными поносами, массивными кровотечениями	K 51.1	
6	Целиакия с нарушениями всасывания в тонкой кишке	K 90.0	Диагноз должен быть подтвержден гистологически: исследованием тонкой кишки и двенадцатиперстной кишки и иммунологическими тестами с определенным отношением к глютину и злакам и тропостатиназе
7	Грыжа брюшной стенки	K 43.0	Значительных размеров с расхождением брюшной стенки при невозможности хирургической коррекции
8	Стремительная болезнь кишечника с приступами кишечной непроходимости	K 56.5	
9	Кишечные свищи	K 63.2	При невозможности хирургического лечения
<b>БОЛЕЗНИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ</b>			
1	Острый пиелонефрит	N 56	
		N 57	

2	Любая форма хронического гломерулонефрита	В стадии обострения	№ 03	
3	Хроническая почечная недостаточность любой этиологии		№ 18 № 18.9 № 19	Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диализе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл)

### БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЬ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

1	Грузильный занос, в том числе перевесенный ранее (не менее двух лет)		0 01	
2	Хориоинтентулома		С 58	

### ВОЛЕ ЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1	Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем	Быстро прогрессирующее течение с вовлечением другой висцеральной деятельности	М 05.3 М 06.8	
2	Узелковый полиартериит	Тяжелое течение	М 30.0	Повторяющиеся поражения со злокачественной гипертензией
3	Полиартериит с поражением легких (Черная Смерть)	Тяжелое течение	М 30.1	Поражение легких с кровохарканьем и дыхательной недостаточностью
4	Гранулематоз Вегенера	Тяжелое течение	М 31.3	Поражение легких и почек с признаками их недостаточности
5	Синдром дуги аорты (Сикадзу) (несистемический аортоартериит)	Тяжелое течение	М 31.4	Поражение аортальных клапанов сердца с симптомами недостаточности кровообращения
6	Системная красная волчанка	Острое и хроническое течение с частыми обострениями заболевания	М 32.1	Поражение почек (нефрит с нефротическим синдромом), центральной нервной системы (трипановирусный энцефалит), сердца с формированием клапанных пороков.

7	Дермато (пелой) микозы	Тяжелое течение, требующее длительной терапии высокими дозами глюкокортикостероидов	М 33.1 М 33.2	Легких и среднетяжелых нарушениях функций этих органов Поражение сердца с нарушениями ритма и симптомами недостаточности кровообращения
8	Прогрессирующий системный склероз (системная склеродермия)	Острые и хроническое течение с высокой активностью процесса	М 34.0	Поражение почек, легких, сердца с нарушением их функций
9	Сухой синдром ( Шегрена)	Тяжелое течение	М 35.0	Поражение легких, почек, с признаками недостаточности их функций
<b>ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ</b>				
	Врожденные аномалии (пороки) развития, при которых невозможна или значительно затруднена вынашивание беременности		Q 51.0 Q 51.5 Q 51.7 Q 52.0 Q 52.2	Вопрос о возможности и видах ВРТ после коррекции решается консилиумом врачей
2	Врожденные пороки сердца:			
	ат с наличием патологического сброса крови (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток);		Q 20 Q 21.0 Q 21.1 Q 25.0	
	- соединяющиеся ПК	ПК 2Б, 3 степени	I 50	
	- соединяющиеся легочной гипертензией	Легочная гипертензия II-IV степени (классификация по Хилл-Эдвардсу)	I 26-I 27	
	- возбуденные бактериальным эндокардитом		I 33	

б) пороки сердца с нарушением выброса крови из левого желудочка (стенная перегородка, коарктация аорты) или из правой желудочки (стенная, стенозная артерия); сопровождающиеся ИК - при наличии достаточного расширения (аневризма корня и т. д. легочной артерии)	ИК 2А степени и более	Q 25.3 Q 25.4 Q25.5  Q25.6  I 50	
в) врожденные аномалии строения трикулярных клапанов, сопровождающиеся рекуррентной 3-4 степени в сложных нарушениями ритма		Q 23	
г) Тетрада Фалло		Q 21.3	Некорригированная, после пластики аорты
д) Пентата Фалло		Q 21.8	Некорригированная, после пластики аорты
е) Аномалия Эбштейна		Q 22.5	Некорригированная
ж) сложные врожденные пороки сердца (транспозиция магистральных сосудов, трубчатая форма атриовентрикулярной коммуникация, общий артериальный ствол, единственный желудочек сердца, атрезия атриовентрикулярных или полудупных клапанов)		Q 20.0 Q 20.3 Q 20.8 – Q 20.9 Q 22.0 Q 22.8 Q 23.9 Q 25.0 Q 25.2 Q 25.5 Q25.8 – Q 25.9	
з) синдром Эйзенхатера		Q 21.8	
и) синдром Цирульдера		Q 31.1	

3	Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе		Q 60	
4	Экстремная мочевогодизурия		Q 64.1	
5	Врожденный множественный артрогригоз		Q 74.3	
6	Дистрофическая дегенерация костей и позвоночника		Q 77.5	
7	Врожденная ломкость костей (незавершенный остеогенез)		Q 78.0	
8	Врожденное отсутствие конечностей		Q 73.0	
9	Криптоспадия		Q 75.0	
<b>ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН</b>				
1	Травмы матки, при которых невозможноimplantация эмбрионов или вынашивание беременности		S 37.6	Вопрос о возможности и видах ВРТ после корректно решается консилиумом врачей



### Мониторинг ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляцией

Дата	День цикла	Эндометрий (м-эмс)	Правый яичник (число и размер фолликул, см)	Левый яичник (число и размер фолликул, см)	ГД (мг/мл)

Замечание: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_

### Протокол трансвагинальной пункции фолликулов

Дата	_____	Время	_____	День цикла	_____
Жалобы	_____				
Состояние	_____				
Пульс	_____ уд/мин	АД	_____ мм рт.ст.	Т	_____ С
Пункция фолликулов					
Пункцировано	_____				
Преимья	_____				
Ощипоч	_____				
Врач: _____					
Анестезиологическое пособие		АД / мм рт.ст.		Пульс уд/мин	
_____		_____		_____	
Врач: _____					

### Испемниадия

Сперма: \_\_\_\_\_ мужа \_\_\_\_\_ донора \_\_\_\_\_ партнера

не подвергнутая криоконсервации \_\_\_\_\_ криоконсервированная

Врач: \_\_\_\_\_



### Культивирование ооцитов и эмбрионов

Условия культивирования:

инсеминация in vitro ЭКО ЗИФТ ИКСИ ПЕСА ТЕСА ПГД КРИО

Среда

Дата						
N	Ооциты ооциты	Оплодотворение	Эмбрионы	Эмбрион перенос	CR	Прим.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Замечания

Эмбриолог

### Протокол переноса свежих эмбрионов в полость матки

Дата	День цикла	Перенесено эмбрионов	1	2	3	4	более 4
Отменен по причине:							
Особенности переноса							
Пустые шприцы		Др.					
Смена катетера							
Плентарный перенос							
Врач:							

### Осложнения

СГЯ	нет	да	1 ст.	2 ст.	3 ст.
Другие осложнения					
связь	ауд.	стан			

Врач

Замечания



### Диагностика беременности

Дата	День после УТ	ХГ	УЗИ

Врач \_\_\_\_\_

### Исход лечения

Беременность (УЗИ, уровень ХГ)	Материнский уровень сыворотки (УКЗЛТ-1)	инфицирован	Беременность не наступила	неизвестно

### Заключение по законченному циклу лечения и рекомендации:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Приложение № 4  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 августа 2012 г. № 1071с

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА СПЕРМЫ

Анкета донора спермы

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Национальность \_\_\_\_\_

Расовая принадлежность \_\_\_\_\_

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

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

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

Семейное положение (холост/женат/разведен)

Наличие детей (есть/нет)

Наследственные заболевания в семье (есть/нет)

Вредные привычки:

Курение (да/нет)

Употребление алкоголя (с частотой \_\_\_\_\_) (не употребляю)

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

Сифилис, гонорея, гепатит (не болел/болел)

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

Находитесь/не находитесь под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом  
диспансере/некожновенерологическом диспансере \_\_\_\_\_

Укажите врача-спецалиста \_\_\_\_\_

Фенопитические признаки:

Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Волосы (прямые/выпадающие/удрявые) Цвет волос \_\_\_\_\_

Разрез глаз (европейский/азиатский)

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

Нос (прямоугольный/кривой/узкий/широкий)

Лицо (круглое/овальное/узкое)

Наличие шрамов \_\_\_\_\_

Лыс (высокий/низкий/облытый)

Дополнительные сведения о себе (для информации не обязательны)

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

## Карта обследования донора спермы

--	--

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

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

Вид обследования _____	Дата _____	Заключение специалиста _____
Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика) _____		Противопоказаний к донорству спермы нет
Заключение психиатра _____		На учете в психоневрологическом диспансере не состоит
Привлечение (по инициативе пациента) врача-терапевта _____		Противопоказаний к донорству спермы нет
Привлечение (по инициативе врача-уролога) _____		Противопоказаний к донорству спермы нет
Исследование антигена к бледной трепонеме в крови _____		
Определение антител вируса простого герпеса в крови _____		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 _____		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу вирусного гепатита В _____		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С _____		
Исследование отделяемого из уретры: микробиологическое (гемкультура), молекулярно-биологическое на цитомегаловирус: микробиологическое на хламидии, микоплазму и уреаплазму _____		
Микробиологическое исследование спермы _____		

Заключение врача: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Заключение врача: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_



**Лист опроса донора спермы**

(заполняется перед взятием сдачи спермы)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Самочувствие (хорошее/плохое/удовлетворительное)

Жалобы есть/нет. Какие \_\_\_\_\_

Принимали ли Вы за последний месяц лекарственные препараты? Какие? \_\_\_\_\_

Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача? Какого? \_\_\_\_\_

Имени ли Вы контакты с болящими вирусным гепатитом в последние 6 месяцев? \_\_\_\_\_

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

Принимали ли Вы наркотические средства или психотропные вещества путем инъекций без назначения врача? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Чем болели за последний месяц: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 5  
к приказу Министерства  
здравоохранения Российской  
Федерации  
от 30 августа 2012 № 107н

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА ООЦТОВ**

Анкета донора ооцитов \_\_\_\_\_

Код донора № \_\_\_\_\_ Дата заполнения «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Национальность \_\_\_\_\_  
Рабочая принадлежность \_\_\_\_\_  
Паспортные данные \_\_\_\_\_  
Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_  
Образование \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_  
Вредные привычки (производственные факторы) (есть/нет)  
Копие: \_\_\_\_\_  
Семейное положение (не замужем/замужем/разведена)  
Палатне детей (есть/нет) Возраст последнего ребенка \_\_\_\_\_ лет  
Последственные заболевания в семье (есть/нет), какие \_\_\_\_\_  
Вредные привычки:  
Курение (да/нет) \_\_\_\_\_  
Употребление алкоголя (с частотой \_\_\_\_\_ /не употребляют)  
Употребление наркотических средств и/или психоактивных веществ без назначения врача  
(никогда не употребляю/с частотой \_\_\_\_\_ /регулярно)  
Сифилис, туберкулез, гепатит (не болел/болел)  
Имели ли Вы когда-нибудь положительный или неопределенный ответ при обследовании на  
ВИЧ, вирус гепатита В или С? (да/нет)  
Находитесь ли под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом  
диспансере/психоневрологическом диспансере \_\_\_\_\_  
Фенотипические признаки  
Рос. \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_  
Волосы (прямые/валящиеся/кудрявые) Цвет волос \_\_\_\_\_  
Глаза (большие/средние/маленькие)  
Разрез глаз (европеоидный/азиатский)  
Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)  
Лицо (круглое/ovalное/узкое)  
Нос (большой/средний/маленький)  
Форма носа (прямой/горбинкой/крупный/маленький)  
Лад (высокий/низкий/обратный)  
Цыпочные стигмы \_\_\_\_\_  
Телосложение (нормальное/астеник/гиперстеник)  
Размер одежды \_\_\_\_\_ обуви \_\_\_\_\_ бюстгалтера \_\_\_\_\_



## Карта обследования донора плазмы

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

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

Вид обследования	Дата	Результат	Дата	Результат
Результаты медико-генетического обследования (включенные врач-генетик)				
Заключение психиатра				
Презв (осмотр, консультация) врач-терапевта				
Электрокардиограмма				
Флюорография легких				
Ультразвуковое исследование органов малого таза				
Ультразвуковое исследование молочных желез				
Определение антител к бледной трипаноме в крови				
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу клещевой в крови				
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2				
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С и к антителу вирусного гепатита В				
Анализ крови биохимический общестерильный				
Общий (клинический) анализ крови развернутый				
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)				
Анализ мочи общий				
Определение антител к вирусу простого герпеса в крови				
Презв (осмотр, консультация) врач- акушер-гинеколог				
Микроскопическое исследование мазков (на аэробные, факультативно-анаэробные микроорганизмы, трибы рода кандиды, паразитологическое исследование на агарофенлы трихомонад)				
Микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму, уреаплазму				
Цитологическое исследование препарата шейки матки				

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

Заключение врача \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_











Приложение № 11  
к приказу Министерства  
здравоохранения Российской  
Федерации  
от 30 августа 2012 № 104н

**ЖУРНАЛ УЧЕТА  
ИСКУССТВЕННЫХ ИКСЕМИНАЦИЙ**

Дата	Ф.И.О. пациента	Номер донора	Доверитель- ное соглашение сперма	Заморожена ли не подвергнутая криоконсервации сперма	Страна- происхождение	Листы забора дети

Приложение № 12  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 08.07.2012 № 1071/с

**Форма информирования о добровольного согласия на применение  
вспомогательных репродуктивных технологий**

Я (Мы), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия методом:

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)
- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ЭКО + ИКСИ)
- искусственной инсеминации (ИИ)

с использованием:

- криоконсервированной/ не подвергнутой криоконсервации спермы
- криоконсервированных/ не подвергнутых криоконсервации ооцитов
- криоконсервированных/ не подвергнутых криоконсервации эмбрионов

прошу (просим) провести преимплантационный генетический анализ  
эмбрионов/ ооцитов с целью выявления аномалий по  
хромосомам

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

- для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;
- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуется изменить план или способ лечения;
- лечение может оказаться безрезультатным;
- преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
- сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для тережоса;
- до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/ размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов



лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие, как показание к применению, или указывает беременность, как противопоказание к применению. Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

даю (ем) согласие

не даю (ем) согласие.

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

- криоконсервировать
- утилизировать
- донировать

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

Я (Мы) предупреждена (мы) о том, что лечение методом ЭКО/ЭКО-ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, рапение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем). Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться. Я (Мы) подтверждаю (ем), что внимательно прочла (и) и поняла (и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я (Мы) имела (и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила (и) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 13  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 30 августа 2012 № 107 н

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

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О., год рождения \_\_\_\_\_,

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

Мне разъяснен порядок проведения операции редукции эмбрионов.

Я информирована, что операция редукции эмбрионов может привести к прерыванию беременности.

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

- кровотечение;
- инфекционно-септические заболевания;
- аллергические реакции на вводимые препараты;
- тромбоэмболические осложнения,

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

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

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

Ф.И.О. беременной \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_