



ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

« 14 » марта 2018г.

№ 364

г. Кемерово

О внесении изменений и дополнений в приказ департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 29.12.2016г. № 1449 «О проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) за счет средств обязательного медицинского страхования»

В целях упорядочения применения и внедрения новых вспомогательных репродуктивных технологий в деятельности медицинских организаций Кемеровской области, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, имеющих лицензию на право осуществления медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий), в соответствии с информационно-методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 15-4/682-07 от 26.02.2018г.) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 1996/30-1/889 от 15.02.2018г.) «О совершенствовании медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Считать утратившим силу приложение № 7 «Сведения о медицинской организации, оказавшей процедуру ЭКО, по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (далее – Сведения)» к приказу департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 29.12.2016г. № 1449 «О проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) за счет средств обязательного медицинского страхования».

2. Утвердить:

2.1. Форму Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС в соответствии с приложением № 1.

2.2. Форму Направления для проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС в соответствии с приложением № 2.

2.3. Форму Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС в соответствии с приложением № 3.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций Кемеровской области, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, имеющих лицензию на право осуществления медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) обеспечить передачу сведений в департамент охраны здоровья населения Кемеровской области в соответствии с приложениями № 1 и № 3.

4. Директору ГБУЗ КО «Новокузнецкий медицинский информационно-аналитический центр» (Махов В.А.) разместить приказ на официальном сайте департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Е.М. Зеленину.

И.о. начальника департамента

А.В. Брежнев

**Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО
по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

(наименование медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст)

(период проведения ЭКО)

(результат проведенного лечения)

(руководитель медицинской организации)

М.П.

(Ф.И.О.)

**Направление для проведения процедуры переноса
криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы ОМС**

№ _____ от «_____» _____ 20____ г.

(ФИО направляемого пациента для проведения криопереноса)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

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

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/ повторное обращение для проведения процедуры криопереноса)

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения, выдавшего направление)

650064, г. Кемерово, пр. Советский, 58, тел. (83842)36-42-84, факс (83842)58-36-55,
e-mail: depart@kuzdrav.ru

(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

(ФИО должностного лица)

М.П.

(должность)

Приложение 3
к приказу ДОЗН КО от _____ № _____

**Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру
переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС**

№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

(наименование медицинской организации, выполнившей процедуру криопереноса)

(шифр пациента)

(дата рождения)

(возраст)

(период проведения криопереноса)

(результат проведенного лечения)

(руководитель медицинской организации)

М.П.

(Ф.И.О.)