



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА**

**П Р И К А З**

от 16 марта 2026 года

№ 217

г. Анадырь

**Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования**

В целях повышения рождаемости, улучшения доступности процедуры экстракорпорального оплодотворения гражданам Чукотского автономного округа, страдающим бесплодием, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов в Чукотском автономном округе, утверждённой Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 26 декабря 2025 г. № 679, приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 декабря 2025 г. № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»,

**П Р И К А З Ы В А Ю :**

1. Утвердить:

1.1 Порядок направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона (далее – криоперенос) за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – за счет средств ОМС) в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму заявления о согласии на обработку персональных данных пациента при направлении на процедуру ЭКО или криопереноса, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму Протокола Врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения по вопросу направления пациента для проведения

процедуры ЭКО или криопереноса, согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму «Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, согласно приложению 4 к настоящему приказу.

2. Руководителю (главному врачу) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» (далее – ГБУЗ «Чукотская окружная больница») (Рамазановой Э.А.) и руководителям медицинских организаций, подведомственных ГБУЗ «Чукотская окружная больница»:

2.1. Организовать работу по отбору и направлению граждан на проведение ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС при наличии медицинских показаний, в соответствии с настоящим приказом.

2.2. Назначить лиц, ответственных за организацию работы по направлению граждан на ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС.

2.3. Разместить на информационных стендах, а также на официальных сайтах медицинских организаций информацию о Порядке направления граждан Чукотского автономного округа, страдающих бесплодием, для проведения ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС.

2.4. Обеспечить:

- ведение учётной и отчётной документации по направлению пациентов на проведение ЭКО или криопереноса за счёт средств ОМС, согласно приложению 6 к настоящему приказу;

- информацию о направленных на ЭКО пациентках, согласно приложению 7 к настоящему приказу;

- предоставление отчетной документации в адрес Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа, ежемесячно до 5 числа месяца следующего за отчетным месяцем, в соответствии с приложением 6, приложением 7, в том числе по электронной почте: [deti2@dzo.chukotka-gov.ru](mailto:deti2@dzo.chukotka-gov.ru).

3. Приказ Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 14 мая 2021 года № 426 «Об утверждении Порядка направления граждан Чукотского автономного округа для проведения процедуры ЭКО или процедуры переноса криоконсервированного эмбриона в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» считать утратившим силу.

4. Отделу административной, правовой и кадровой работы Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа (Прудьева В.С.):

- опубликовать настоящий приказ на официальном интернет-портале правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru));

- в 7-дневный срок после дня первого официального опубликования настоящего приказа, направить копию приказа и сведения об источнике официального опубликования в территориальный орган юстиции для включения в федеральный регистр нормативных правовых актов субъекта.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности  
Начальника Департамента

О.Н. Кравченко

## **Порядок направления граждан Чукотского автономного округа для проведения ЭКО или криопереноса за счет средств ОМС (далее - Порядок)**

1. Настоящий Порядок определяет механизм реализации мероприятий по направлению пациентов проживающих на территории Чукотского автономного округа, страдающих бесплодием, для проведения ЭКО или криопереноса, за счет средств ОМС.

2. Предварительное обследование супружеской пары выполняется в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 803н.

3. При установлении пациенту диагноза бесплодия, лечащим врачом в срок не более 3-х рабочих дней оформляется выписка из медицинской документации в 2-х экземплярах в соответствии с примерной формой, согласно приложению 6 к настоящему приказу.

4. В течении 3-х рабочих дней с момента оформления выписки из медицинской документации пакет документов, состав которого определен пунктом 5 настоящего Порядка, направляется на бумажном носителе на врачебную комиссию медицинской организации направляющей пациента (далее - ВК).

5. Состав пакета документов:

- заявление о согласии на обработку персональных данных, по форме согласно приложению 2 к настоящему приказу, при этом выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам, страдающим бесплодием, с использованием метода ЭКО или криопереноса по территориальным программам обязательного медицинского страхования, осуществляется пациентами;

- выписка из медицинской документации;

- копии следующих документов:

паспорт гражданина Российской Федерации (лицевая часть и место регистрации);

полис ОМС;

страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).

6. Пакет документов рассматривается на ВК направляющей медицинской организации.

7. В случае отсутствия противопоказаний и ограничений для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов лечащим врачом выдается направление для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования согласно приложению N 5 к настоящему Порядку.

8. При положительном решении комиссии, пакет документов в соответствии с пунктом 5 настоящего Порядка, копия протокола решения ВК, а также заявление о согласии на обработку персональных данных, в срок не более 3-х рабочих дней, сформированный пакет документов пациента, медицинская организация направляет, посредством электронной связи в заявленное пациентом медицинское учреждение выполняющее ЭКО или криоперенос.

9. В случае наступления беременности после проведения ЭКО или криопереноса, подтвержденной ультразвуковым исследованием, пациент наблюдается в медицинской организации по месту жительства.

10. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ (ЭКО) пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ при условии соблюдения очередности.

11. В случае неявки пациента в назначенную дату в медицинскую организацию, выполняющую ЭКО или криоперенос, пациенты могут повторно включаться по решению ВК в ЛО, при условии соблюдения очередности в соответствии с настоящим Порядком.

Форма

Главному врачу  
Государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения  
« \_\_\_\_\_ »

Заявление  
о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

даю согласие на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации проведения процедуры ЭКО/криопереноса (нужное подчеркнуть) в медицинской организации:

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации для проведения процедуры ЭКО/криопереноса)

1. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_
2. Документ, удостоверяющий личность (наименование) \_\_\_\_\_  
(серия, номер выдан) \_\_\_\_\_
3. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_
4. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_
5. Контактный телефон \_\_\_\_\_
6. Серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_
7. Страховой номер свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента (СНИЛС) \_\_\_\_\_

На передачу лично мне сведений о дате вызова и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласна.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Форма

Протокол Врачебной комиссии Государственного бюджетного учреждения  
здравоохранения « \_\_\_\_\_ »  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Присутствовали: председатель и члены врачебной комиссии

Повестка дня:

рассмотрение вопроса о направлении на проведение процедуры ЭКО/криопереноса  
(первично/повторно) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, дата рождения, адрес регистрации)

с диагнозом \_\_\_\_\_ код  
диагноза по МКБ-Х \_\_\_\_\_ для проведения процедуры ЭКО/криопереноса за счёт  
средств ОМС.

На комиссию представлены следующие документы (подчеркнуть):

- \_\_\_\_\_ согласие на обработку персональных данных;
- \_\_\_\_\_ заявление пациента о направлении на процедуру;
- \_\_\_\_\_ выписка из медицинской документации пациента;
- \_\_\_\_\_ копия паспорта гражданина Российской Федерации;
- \_\_\_\_\_ копия полиса обязательного медицинского страхования пациента;
- \_\_\_\_\_ копия свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента.

Заключение комиссии: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

показано (отказано) направление на проведение процедуры ЭКО/криопереноса за счёт  
средств ОМС, в

\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, куда направляется пациент)

Рекомендации Комиссии:

\_\_\_\_\_

(заполняется в случае отказа в направлении для проведения процедуры ЭКО/криопереноса)

Председатель Врачебной комиссии	_____ /
Члены комиссии	_____ /
	_____ /
	_____ /
	_____ /
	_____ /
	_____ /

Форма

**Направление  
для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или)  
переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной  
программы обязательного медицинского страхования**

---

(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)

Выписка из амбулаторной карты № \_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
« \_\_\_\_\_ »

Адрес учреждения:

Телефон:

E-mail:

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № паспорта \_\_\_\_\_

Полис ОМС, № \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Диагноз:

МКБ – 10 \_\_\_\_\_ (шифр)

Основной \_\_\_\_\_

Сопутствующий \_\_\_\_\_

Данные анамнеза: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез :

Гемотрансфузии:

Наследственный анамнез:

Лues, туберкулез, гепатиты:

Перенесенные гинекологические заболевания:

Менструальная функция:

Половая функция :

Репродуктивная функция: А-, Р- , В-

Год	Беременность	Особенности течения

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

Оценка проходимости маточных труб:

(лапароскопия/ гистеросальпингография/ контрастная эхогистеросальпингоскопия):

Оценка состояния эндометрия:

(ультразвуковое трансвагинальное исследование матки (эндометрия)/ гистероскопия/ биопсия тканей матки (эндометрия)

Год	Операция, показания	Объем операции

Попытка ЭКО/криопереноса - дата проведения, результат.

**Данные обследования**

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа

	ИФА	РПГА	Реакция Вассермана микрометод
Спид			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

Группа крови резус фактор – дата анализа, результат.

Клинический анализ крови – дата анализа, результат.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
• Базофилы		
• эозинофилы		
• миелоциты		
• метамиелоциты		
• палочкоядерные		
• сегментоядерные		
• лимфоциты		
• моноциты		

Общий анализ мочи - дата анализа, результат

Биохимический анализ крови - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		
ГГТ		
ЛДГ		

Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ (Чувствительное к ВА)		
АПТВ (Каолин)		
Фибриноген		
тромбиновое время		
Антитромбин III		

Гормональное обследование: дата анализа

Гормоны	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
Е2		
пролактин		
кортизол		
тестостерон		
СТГ		
Т3		
Т4		
ТТГ		
прогестерон – 21-й день цикла дата		

ПЦР анализ на ЗППП: дата анализа

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	не обнаружена
Chlamydia trachomatis	не обнаружена
Mycoplasma genitalium	не обнаружена
ВПЧ 16 и 18 типа	не обнаружена

Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

Инфекции	Ig M	IgG, единицы измерения
ЦМВИ	отр	
ВПГ 1 и 2 типа	отр	
краснуха	отр	
токсоплазмоз	отр	

Мазок на флору – дата анализа.

	U	C
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

Кольпоскопия дата исследования

Мазок на онкоцитологию – дата анализа

УЗИ (трансвагинальное) матки и придатков: на 5-7 дни цикла: - дата исследования, заключение.

ЭКГ дата исследования, результат.

ФЛГ дата исследования, результат.

Консультация терапевта: дата осмотра, заключение.

УЗИ молочных желез : дата исследования, заключение

Маммография (в возрасте старше 35 лет): дата исследования, заключение

УЗИ щитовидной железы: дата исследования, заключение

Муж: Ф.И.О., возраст

Группа крови резус фактор – дата анализа, результат

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
----------	--------------	--------------	--------------

	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
Спид			
Сифилис			
Гепатит В			
Гепатит С			

Спермограмма – дата анализа, параметры, результат, заключение.

**Диагноз:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

показано лечение методом экстракорпорального оплодотворения/переноса криоконсервированного эмбриона в

\_\_\_\_\_ (учреждение здравоохранения, выполняющее процедуру ЭКО/криопереноса)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
Зав. женской консультацией \_\_\_\_\_

Пациентка направляется на врачебную комиссию для решения вопроса о направлении на ЭКО/криоперенос за счёт средств ОМС.

Решение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_  
Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
Члены врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

Печать учреждения здравоохранения  
Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



Приложение 7  
к приказу Департамента здравоохранения  
Чукотского автономного округа  
от 16.03.2026 г. № 217

Форма

О направленных на ЭКО пациентках:

п/п	ЕИП	Дата рождения	Дата направления на ЭКО	Этап ЭКО	Наименование лечебного учреждения