КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БУЙРУК
ПРИКАЗ

_____ № _____

Бишкек ш.
г.Бишкек

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу тартибин бекитүү жөнүндө

Кыргыз Республикасынын Министрлер Кабинетинин 2024-жылдын 14-октябрындагы № 616 “Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу чөйрөсүндөгү айрым актыларды бекитүү жөнүндө” токтомунун ишке ашыруу максатында, **буйрук кылам:**

1. Төмөнкүлөр бекитилсин:

1.1. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу тартиби 1-тиркемеге ылайык;

1.2. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмеги 2-тиркемеге ылайык.

2. Саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилери уюмдун жеке менчик түрүнө карабастан бул буйрукту аткарууга алышсын.

3. Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Адамдын репродукциясы кыргыз илимий борборунун директору (Н.Ж. Шоонаева) төмөнкүлөрдү иштеп чыгууну камсыз кылсын:

3.1. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызматтарды көрсөтүү боюнча статистикалык отчёттуулуктун формаларын;

3.2. карын энелердин реестрин түзүү үчүн техникалык тапшырмалар

мөөнөтү: 2025-жылдын 3-июну.

4. Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Электрондук саламаттык сактоо борборунун директору (Ч.М. Бексултанов) төмөнкүлөрдү камсыз кылсын:

4.1. бул буйрукту Саламаттык сактоо министрлигинин сайтына жайгаштыруу

мөөнөтү: буйрук бекитилгенден кийин;

4.2. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызмат көрсөтүү боюнча статистикалык отчёттуулуктун формасын Кыргыз Республикасынын Улуттук статистика комитети менен макулдашуу

ДОКУМЕНТ ЭЛЕКТРОНДУК САНАРИП
КОЛТАМГАСЫ МЕНЕН БЕКИТИЛГЕН

мөөнөтү: 2025-жылдын 1-сентябры;

4.3.Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Адамдын репродукциясы кыргыз илимий борбору менен биргеликте суррогат энелердин реестрин иштеп чыгуу

мөөнөтү: 2025-жылдын 1-декабры.

5. Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Саламаттык сактоону өнүктүрүү борбору Адамдын репродукциясы кыргыз илимий борбору жана Кыргыз акушер-гинекологдор жана неонатологдор ассоциациясы менен биргеликте тукумсуздук боюнча клиникалык колдонмолор жана протоколдорду иштеп чыгышсын

мөөнөтү: 2025-жылдын сентябрына чейин

6. Медициналык жана фармацевтикалык кызматты лицензиялоо бөлүмүнүн башчысы (А.Ж. Осмонов), буйрукту “Көмөкчү репродуктивдик технологияларды” жүргүзгөн жеке менчик саламаттык сактоо уюмдарына тааныштырсын.

7. Ушул буйруктун аткарылышын контролдоо Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министринин орун басары К. К. Байдавлетовго жүктөлсүн.

Министрдин биринчи орун басары **М. А. Токтомуратов**

ДОКУМЕНТ ЭЛЕКТРОНДУК САНАРИП КОЛТАМГАСЫ МЕНЕН БЕКИТИЛГЕН

1 тиркеме
Кыргыз Республикасынын
Саламаттык сактоо
министрлигинин
«_____»_____2025-ж.
№____буйругуна

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу эрежелери

I. Жалпы жоболор

1. Ушул Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу тартиби (мындан ары – ТАРТип) Кыргыз Республикасынын аймагында көмөкчү репродуктивдик технологияларды (мындан ары – КРТ) пайдалануу эрежелерин жана шарттарын, ошондой эле аларды колдонууга каршы көрсөтмөлөрдү жана чектөөлөрдү белгилейт.

2. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды – тукумсуздукту дарылоонун методдору, мында эмбриондордун бойго бүтүшүнүн жана эрте өнүгүүсүнүн айрым же бардык этаптары эненин организминен тышкары (анын ичинде донордук жана/же криоконсервацияланган жыныс клеткаларын, репродуктивдик органдардын ткандарын жана эмбриондорду, ошондой эле карын энеликти пайдалануу менен) жүзөгө ашырылат.

КРТны пайдалануу менен жасалма уруктандыруу методдору:

1) жатын ичиндеги жасалма инсеминация (мындан ары – ЖИ);

2) экстракорпоралдык уруктандыруу (мындан ары – ЭКУ);

3) сперматозоиддерди интрацитоплазмалык инъекциялоо аркылуу эмбрионду имплантациялоо (мындан ары – ИКСИ);

4) криоконсервацияланган эмбрионду имплантациялоо.

3. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам баштапкы медициналык-санитардык жардамдын жана адистештирилген медициналык жардамдын алкагында мамлекеттик саламаттык сактоо уюмдарында, ошондой эле Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинен (мындан ары – КР ССМ) КРТны пайдалануу менен кызматтарды көрсөтүүгө лицензия алган жеке менчик саламаттык сактоо уюмдарында КРТны пайдалануу менен медициналык кызматтарды көрсөтүү жөнүндө келишимге ылайык акы төлөнүүчү негизде көрсөтүлөт.

Көмөкчү репродуктивдик технологиялар жаатындагы саламаттык сактоо уюмдарынын иши жөнүндө жобо, сунушталган штаттык нормативдер, көмөкчү репродуктивдик технологиялар борборун жабдуунун сунушталган стандарттары ушул эрежелерге тиркелген.

4. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам алуу үчүн саламаттык сактоо уюмун тандоо пациент тарабынан жүргүзүлөт.

II. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү

5. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү КРТны пайдалануу менен медициналык кызмат көрсөтүү жөнүндө келишимдин жана КР ССМ тарабынан бекитилген форма боюнча бейтаптын же анын мыйзамдуу өкүлүнүн медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдугунун негизинде жүзөгө ашырылат.

6. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү үчүн пациенттерди текшерүү КР ССМ тарабынан бекитилген медициналык жардамдын стандарттарын эске алуу менен клиникалык колдонмонун жана протоколдордун негизинде жүргүзүлөт.

7. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү үчүн текшерүүнүн натыйжаларынын жарактуулук мөөнөттөрү:

№ к/б	Текшерүүнүн натыйжаларынын аталышы	Жарактуулук мөөнөтү
1.	Жатынды жана бөлүкчөлөрүн трансвагиналдык УЗИ менен текшерүү	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
2.	Өпкөнүн флюорографиясы	1 жыл
3.	Электрокардиограмма жазуу	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
4.	Сүт бездерин УЗИ менен текшерүү	1 жыл
5.	Маммография (40 жаш жана андан улуу аялдарга)	1 жыл
6.	Кандагы адамдын иммундук жетишсиздигинин вирусу-1/2 жана p24 антигенине (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) антителолорунун деңгээлин изилдөө ВИЧ 1/2 + Agp24)	3 ай
7.	Кандагы гепатит В вирусунун (Hepatitis B virus) беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы гепатит В вирусунун (Hepatitis B virus) антигенин (HbsAg) аныктоо	3 ай
8.	Кандагы гепатит С вирусунун (Hepatitis C virus) M жана G класстарынын жалпы антителолорун аныктоо (anti -HCV IgG жана anti -HCV IgM)	3 ай
9.	Кандагы бозомтук трепонемага каршы антителолорду аныктоо (Treponema pallidum)	көмөкчү репродуктивдик

		технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
10.	Жалпы (клиникалык) кан анализи	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
11.	Биохимиялык жалпы терапиялык кан анализи	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
12.	Коагулограмма (гемостаз системасынын багыттуу изилдөөсү)	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
13.	Зааранын жалпы (клиникалык) анализи	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
14.	Кандагы кызамык вирусуна (Rubella) карата M жана G класстарынын иммуноглобулиндерин аныктоо	M классындагы иммуноглобулиндер болгон учурда – 1 ай; G классындагы иммуноглобулиндер болгон учурда – чектелбейт
15.	ABO системасы боюнча негизги топторду жана Резус системасынын D антигенин аныктоо (резус-фактор)	чектелбейт
16.	Кын мазокторун микроскопиялык изилдөө	көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу алдында 2 жуманын ичинде
17.	Жыныстык жол менен жугуучу инфекциялардын козгогучтарына карата аялдын жыныс органдарынын былжыр челиндеги секрецияларды молекулярдык биологиялык изилдөө (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia	3 ай

	trachomatis, Mycoplasma genitalium)	
18.	Жатын моюнчасынын микроскопиялык препаратын цитологиялык изилдөө (жатын моюнчасынын жана цервикалдык каналдын бетинен алынган мазок)	1 жыл
19.	Айыз циклинин 2 – 5-күнүндө кандын сыворoткасындагы фолликулду стимулдаштыруучу гормондун деңгээлин изилдөө	6 ай
20.	Кандагы анимуллериялык гормондун деңгээлин изилдөө	6 ай
21.	Спермограмма	6 ай
22.	Терапевт дарыгердин консультациясы	1 ай
23.	Уролог дарыгердин консультациясы (сперма донорлору үчүн)	1 ай
24.	Генетик дарыгердин консультациясы (көрсөтмө боюнча)	1 ай
25.	СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун корутундусу (АИВ инфекциясын жугузгандарга)	1 ай
26.	Психиатриялык неврология диспансеринен маалымкат (донорлор жана суррогат энелер үчүн)	6 ай
27.	Наркологиялык диспансерден маалымкат (донорлор жана суррогат энелер үчүн)	6 ай

8. Тукумсуздуктун себептерин аныктоо үчүн текшерүүнүн сунушталган узактыгы бейтаптар тукумсуздук боюнча саламаттык сактоо уюмуна кайрылган учурдан тартып 6 айдан ашпаган мөөнөттү түзөт.

9. КРТны пайдалануу көрсөткүчтөрү жана каршы көрсөтмөлөрү Кыргыз Республикасынын Министрлер Кабинетинин токтому менен бекитилген көмөкчү репродуктивдүү технологияларды колдонуунун тартиби жана шарттары менен аныкталат.

10. ЭКУ программасын ишке ашыруу жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду өткөрүп берүү үчүн көрсөткүчтөрдүн, каршы көрсөтмөлөрдүн жана чектөөлөрдүн болушун аныктоо дарыгер тарабынан жүзөгө ашырылат.

11. ЭКУ программасын колдонууга жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүүгө каршы көрсөтмөлөр жана чектөөлөр жок болгон учурда, дарыгер ЭКУ программасына жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүүгө жолдомо берет.

12. ЭКУ программасына жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүүгө чектөөлөр бар болгон учурда, ЭКУ программасын колдонуу жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүү аныкталган чектөөлөр жоюлгандан кийин жүргүзүлөт.

13. Ата-энесинин биринин же экөөнүн тең генетикалык текшерүүнүн натыйжалары менен тастыкталган тукум куума оорулары бар балдардын

төрөлүү коркунучу жогору болгон жана ИГТ жүргүзүүнү талап кылган пациенттер төрөттүн абалына карабастан ЭКУ программасына жана (же) криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүүгө жиберилет.

14. ЭКУ программасын колдонуу менен тукумсуздукту дарылоонун натыйжалуулугунун критерийи болуп кош бойлуулугу УЗИ менен тастыкталган аялдардын үлүшү (дарылангандардын %) эсептелет.

15. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүүдө пайдаланылбаган жыныстык клеткаларга жана эмбриондорго карата андан аркы тактика (донациялоо, криоконсервациялоо, утилизациялоо) жөнүндө чечим жыныстык клеткаларга жана/же эмбриондорго ээлик кылган адамдар тарабынан жарандык-укуктук келишимдерди түзүү жолу менен кабыл алынат.

16. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды менен жасалма уруктандырууну пайдалануда ЭКУ программасынан өтүп жаткан бейтаптарга амбулатордук шартта медициналык жардам алып жаткан бейтаптын медициналык картасына же бейтаптын стационардык картасына, же болбосо Үй-бүлөлүк медицина борборунун күндүзгү стационарынын, ооруканын күндүзгү стационарынын бейтабынын картасына Көмөкчү репродуктивдик технологияларды пайдалануу жаатындагы медициналык документтер тизмегинде каралган форма боюнча кошумча баракча таризделет.

17. КРТны пайдалануу менен кызмат көрсөткөн саламаттык сактоо уюму белгиленген формада маалымкат берет. Маалымкат кагаз жүзүндөгү документ түрүндө же электрондук документ форматында таризделиши мүмкүн.

18. КРТ программасы ишке ашырылгандан кийин кош бойлуулук жок болгон учурда, бейтаптар эмбрионду крио көчүрүү же КРТ программасын кайталоо үчүн кайра жөнөтүлүшү мүмкүн.

19. Сперматозоиддерди алуунун жана цитоплазма иньекциясынын оптималдуу методун тандоо боюнча дарыгер тарабынан ишке ашырылат.

20. Көмөкчү хетчинг (бластоцистанын жылтырак кабыкчасын ажыратуу) – ИГТ жүргүзүү үчүн же эмбриондун жанданышын жеңилдетүү үчүн материал алуу максатында жүргүзүлүүчү КРТ алкагындагы микроманипуляция.

21. Көмөкчү хетчинг төмөнкүлөр үчүн көрсөтүлөт:

- эмбриондун жылтырак кабыкчасынын морфологиясынын өзгөрүшү;
- криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүү;
- начар прогноз (эмбриондорду көчүрүү боюнча бир нече жолу ийгиликсиз аракеттер, сапаты төмөн эмбриондор);
- ИГТ жүргүзүү үчүн эмбрионду биопсиялоо зарылчылыгы.

III. Жыныс клеткаларын, репродуктивдик органдардын ткандарын, эмбриондорду жана башка биологиялык материалдарды криоконсервациялоо программалары, аларды транспорттоо

22. Жыныс клеткаларын, репродуктивдик органдардын ткандарын, эмбриондорду жана башка биологиялык материалдарды (мындан ары –

биоматериал) криоконсервациялоо жана сактоо криогендик сактоочу жайлар менен жабдылган мамлекеттик жана жеке менчик саламаттык сактоо уюмдары тарабынан жүзөгө ашырылат.

23. Биоматериалдарды криоконсервациялоо үчүн көрсөткүчтөр болуп төмөнкүлөр саналат:

- КРТ же ЖИ программаларын колдонуу менен тукумсуздукту дарылоодо андан ары пайдалануу максатында жыныс клеткаларын, эмбриондорду жана/же репродуктивдик органдардын ткандарын сактоо зарылчылыгы;

- химия жана нур терапиясы алдында онкологиялык оорулуулардын тукумдуулугунун сакталышы;

- бейтаптын өтүнүчү боюнча, анын ичинде «кечиктирилген энелик» учурунда жыныстык клеткаларды, эмбриондорду, репродуктивдик органдардын ткандарын жана башка биоматериалдарды сактоо;

- КРТ программаларын колдонуу менен тукумсуздукту дарылоодо колдонуу үчүн донордук жыныс клеткаларынын банкын түзүү.

24. Криоконсервациялоо үчүн эркектерден репродуктивдик органдардын ткандарын алуу урология боюнча иштерди (кызмат көрсөтүүнү) камтыган медициналык ишти жүргүзүүгө жана/же КРТны пайдалануу менен медициналык ишти жүргүзүүгө лицензиясы бар мамлекеттик саламаттык сактоо уюмдарында жана жеке саламаттык сактоо уюмдарында жүзөгө ашырылат.

25. Энелик безинин же эпидидимистин ткандарын криоконсервациялоодо тоңдуруу процесси аларды кийин ЭКУ программасында пайдалануу үчүн сперматозоид бар болгондо же ооциттин цитоплазмасына сперматозоиддерди инъекциялоодо жүргүзүлөт.

26. Криоконсервациялоо үчүн аялдардын репродуктивдик органдарынан ткандарды алуу акушердик жана гинекология боюнча иштерди (кызмат көрсөтүүнү) камтыган медициналык ишти жүзөгө ашырууга жана/же КРТны пайдалануу менен медициналык ишти жүзөгө ашырууга лицензиясы бар мамлекеттик саламаттык сактоо уюмдарында жана жеке саламаттык сактоо уюмдарында жүргүзүлөт.

27. Биоматериалдарды тоңдуруунун жана эритүүнүн оптималдуу методун тандоо жекече аныкталат.

28. Криоконсервацияланган биоматериалдарды сактоо суюк азотко/суюк азот буусуна салынган атайын маркаланган контейнерлерде жүргүзүлөт.

29. Саламаттык сактоо уюму биоматериалдардын сакталышы жана криоконсервация шарттарынын аткарылышы үчүн Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык жоопкерчилик тартат.

30. Биоматериалдарды транспорттоо талаптарын так сактоо менен жүзөгө ашырылат.

31. Жыныс клеткаларын, репродуктивдик органдардын ткандарын жана эмбриондорду транспорттоо Дьюар идиштеринде жүргүзүлөт.

32. Транспорттоо үчүн биоматериалдарды берүүдө коштомо кат берүү

зарыл.

33. Бейтаптардын жазуу жүзүндөгү арызы боюнча алардын криоконсервацияланган жыныс клеткалары, репродуктивдик органдардын ткандары жана эмбриондору пациенттерге тапшырылат. Биоматериалды өткөрүп бергенден кийин алардын коопсуздугу, сапаты жана транспорттолушу үчүн пациенттер өздөрү жоопкерчилик тартышат.

34. Бейтаптардын криоконсервацияланган эмбриондорун, ооциттерин жана сперматозоиддерин пайдалануу менен КРТны колдонууда медициналык документтерди жүргүзүү КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу чөйрөсүндөгү медициналык документтердин тизмегине ылайык жүзөгө ашырылат.

35. Криоконсервацияланган биоматериалдарды сактоо акы төлөнүүчү негизде жүргүзүлөт.

IV. Ооциттердин, сперматозоиддердин жана эмбриондордун донорлугу

36. Ооциттердин донорлору болуп 18 жаштан 35 жашка чейинки, физикалык жана психикалык жактан дени сак, медициналык-генетикалык текшерүүдөн өткөн аялдар эсептелет. Ооциттердин донорлору аноним эмес же анонимдүү болушу мүмкүн.

37. Ооциттердин донорунa КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча жекече донордук карта тарызделет.

38. Донордук ооциттерди пайдалануу менен КРТ жүргүзүүдө ооциттерди алуу үчүн энелик бездеринин фолликулдарын стимуляциялоо жана пункциялоо донордук аялда жүргүзүлөт. Донордон ооциттерди алууга каршы көрсөтмөлөр болуп карама-каршы көрсөтмөлөр тизмегине киргизилген оорулардын (абалдардын) бар болушу саналат.

39. ОД энелик безди овариалдык стимуляциялоого, энелик бездердин фолликулдарын пункциялоого, анестезияга жана анын ооциттерин башка пациенттер үчүн колдонууга донор аялдын маалымдалган ыктыярдуу макулдугу менен жүргүзүлөт.

40. Дарыгер акушер-гинеколог ар бир программанын алдында ооцит донорун медициналык текшерүүдөн өткөрөт жана текшерүүнүн планына ылайык лабораториялык изилдөөлөрдүн жана натыйжалардын өз убагында өткөрүлүшүнө контролдук кылат. Ооциттердин донорлорун текшерүү клиникалык колдонмолорго жана протоколдорго ылайык жүргүзүлөт.

41. Ооциттердин донорлорун кошумча милдеттүү текшерүүлөр болуп төмөнкүлөр саналат:

- кариотиптөө;
- медициналык-генетикалык консультация;
- p24 антигенин аныктоо менен бирге адамдын иммундук жетишсиздигинин 1/2 вирусуна (мындан ары – АИВ-1/2) M, G класстарындагы антителолордун деңгээлин изилдөө;
- кандагы B (Hepatitis B virus) гепатитинин вирусунун беттик антигенине

(HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы В (Hepatitis B virus) гепатитинин вирусунун антигенин (HbsAg) аныктоо;

- кандагы гепатит С (Hepatitis C virus) вирусуна М жана G класстарынын жалпы антителолорун (анти-HCV IgG жана анти-HCV IgM) аныктоо.

Ооцит донорлору үчүн кошумча милдеттүү медициналык документтер болуп төмөнкүлөр саналат:

- психоневрологиялык диспансерден маалымкат;
- наркологиялык диспансерден маалымкат.

42. Никеде турган жубайларды (реципиенттерди) текшерүүнүн көлөмү ЭКУ программасын жүргүзгөндөй эле болот.

43. Донордук ооциттерди пайдалануда КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча криоконсервацияланган донордук ооциттерди каттоо, сактоо жана пайдалануу журналы жүргүзүлөт.

44. Сперма донорлору 18 жаштан 35 жашка чейинки, физикалык жана психикалык жактан дени сак, медициналык-генетикалык экспертизадан өткөн, спермограмма көрсөткүчтөрү нормалдуу эркектер болууга укуктуу. Сперма донорлору аноним эмес же анонимдүү болушу мүмкүн.

45. СД клиникалык-лабораториялык текшерүүдөн өткөндөн кийин медициналык-генетикалык корутунду болгон учурда эркек донордун макулдугу менен жүргүзүлөт.

46. Сперма донорунa КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча жекече сперматозоид-донор картасы толтурулат.

47. Донорду тандоо жол-жобосун жеңилдетүү үчүн донордун тышкы түзүлүштөрү (бою, салмагы, көзүнүн өңү, чачынын түсү ж.б.) жөнүндө маалымат, ошондой эле донордун медициналык, генетикалык текшерүүнүн жыйынтыктары, анын расасы жана улуту көрсөтүлгөн сперма донорлорунун тизмеси түзүлөт.

48. Сперма донорлорун текшерүү клиникалык колдонмолорго жана протоколдорго ылайык жүргүзүлөт.

49. Сперма донорлорун кошумча милдеттүү текшерүүлөр болуп төмөнкүлөр саналат:

- спермограмма;
- дарыгер урологдун консультациясы;
- жалпы практикалык дарыгердин консультациясы;
- кариотиптөө;
- медициналык-генетикалык консультация;
- кан тобун жана Rh факторун аныктоо;
- p24 антигенин аныктоо менен бирге АИВ-1/2ге чейинки М, G класстарындагы антителолордун деңгээлин изилдөө;
- кандагы В (Hepatitis B virus) гепатитинин вирусунун беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы В (Hepatitis B virus) гепатитинин вирусунун антигенин (HbsAg) аныктоо;
- кандагы гепатит С (Hepatitis C virus) вирусуна М жана G класстарынын

жалпы антителолорун (анти-HCV IgG жана анти-HCV IgM) аныктоо.

Сперма донорлору үчүн кошумча милдеттүү медициналык документтер болуп төмөнкүлөр саналат:

- психоневрологиялык диспансерден маалымкат;
- наркологиялык диспансерден маалымкат.

50. Донордук сперматозоиддерди колдонууда КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча криоконсервацияланган донордук сперматозоиддерди эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу үчүн журнал жүргүзүлөт.

51. Донорду текшерүүнүн кайталанган терс натыйжалары алынгандан кийин (криоконсервациялоодон кийин 6 ай өткөндөн кийин) криоконсервацияланган донордук сперматозоиддерди гана колдонууга уруксат берилет (р24 антигенин аныктоо менен бирге М, G классындагы антителолордун АИВ-1/2 деңгээлин изилдөө; В гепатитинин вирусунун беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы В гепатитинин вирусунун антигенин (HbsAg) аныктоо; Г гепатитинин вирусунун жалпы антителолорун аныктоо; кандагы бозомтук трепонемага (Treponema pallidum) каршы антителолор);

52. Донордук үчүн эмбриондорду донордук ооциттерди донордук сперматозоид менен уруктандыруунун натыйжасында алууга болот.

53. Донордук максатында КРТ программаларынан кийин калган эмбриондор бейтаптар үчүн алардын өз ара жазуу жүзүндөгү макулдугу менен пайдаланылышы мүмкүн.

54. Криоконсервацияланбаган жана криоконсервацияланган донордук эмбриондорду колдонууга жол берилет.

55. Донордук эмбриондорду пайдалануда реципиенттерге донорлордун тышкы маалыматтары, ошондой эле донорлордун медициналык, медициналык-генетикалык текшерүүнүн натыйжалары, алардын расасы жана улуту жөнүндө маалымат берилүүгө тийиш.

56. Донордук эмбриондордун реципиент аялдарынына, реципиент эркектерине текшерүү клиникалык колдонмолорго жана протоколдорго ылайык жүргүзүлөт.

57. Криоконсервацияланган донордук эмбриондорду колдонууда КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча криоконсервацияланган донордук ооциттерди каттоо, сактоо жана пайдалануу журналы жүргүзүлөт.

V. Карын энелик

58. Карын энеликти колдонууда Саламаттыкты сактоо уюму көмөкчү репродуктивдүү технологияларды жана карын энеликти колдонуу менен медициналык кызмат көрсөтүүгө келишим түзөт (үлгү тиркелген).

59. Эмбриондорду карын энеге көчүрүүгө каршы көрсөтмө болуп карама-каршы көрсөтмөлөр тизмегине киргизилген оорулардын (шарттардын)

болушу саналат.

Карын эне бир эле учурда курсакта көтөрүп жүргөн бала үчүн жумуртка клетка донору боло албайт.

Карын энелик программасын ишке ашырууда донордук ооциттерди же донордук сперматозоиддерди колдонуу менен алынган эмбриондорду имплантациялоо жүргүзүлүшү мүмкүн. Донордук эмбриондор менен карын энеликти айкалыштырууга жол берилбейт. Бул потенциалдуу ата-энелердин экөө тең, же жок эле дегенде, потенциалдуу ата-энелердин бири, карын энеден төрөлүүчү балага генетикалык жактан тешеси бар болушу керек дегенди билдирет.

60. АИВ-инфекциясы же С жана В гепатити менен ооруган потенциалдуу ата-энелерден карын энеге эмбриондорду көчүрүүгө анын ыктыярдуу макулдугу алынгандан кийин, СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун инфекционист дарыгеринин консультациясынан жана анын ден соолугуна мүмкүн болуучу тобокелдиктер жөнүндө толук маалымат берилгенден кийин жол берилет.

Карын энени текшерүү ушул Тартиптин 6-пунктуна ылайык жүргүзүлөт.

62. Карын эне үчүн милдеттүү медициналык кошумча документтер болуп төмөнкүлөр саналат:

- психоневрологиялык диспансерден маалымкат;
- наркологиялык диспансерден маалымкат.

63. Карын энелик программаны аткарууда КРТ программасын ишке ашыруу төмөнкү этаптардан турат:

1) карын энени тандоо жана текшерүү;

2) карын жана генетикалык энелердин айыз циклдерин синхрондоштуруу (криоконсервацияланган эмбриондорду жатын көңдөйүнө көчүрүүда цикл синхронизациясы жүргүзүлбөйт);

3) генетикалык эненин суперовуляциясын стимулдаштыруу;

4) генетикалык эненин энелик бездерин пункциялоо;

5)карын эненин эндометриясын даярдоо;

6) карын эненин жатын көңдөйүнө эмбриондорду имплантациялоо (көчүрүү) менен жасалма уруктандыруу (мындан ары – ЖУ) жол-жобосу.

Айрым этаптар криоконсервацияланган эмбриондорду пайдалануу программасына киргизилбеши мүмкүн.

64. «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамынын 104-беренесине ылайык карын энелик программасын колдонуу үчүн эки келишим түзүлүшү зарыл:

- балалуу болууну каалаган/каалоочу адамдар/адам менен карын эненин ортосундагы нотариалдык жактан күбөлөндүрүлгөн келишим;

Карын эненин маалымдалган ыктыярдуу макулдугу бар, Саламаттык сактоо уюму (КРТ борбору), бейтаптар/бейтап жана карын эненин ортосунда нотариалдык жактан күбөлөндүрүлгөн үч тараптуу келишим.

VI. ЖИ колдонуу менен медициналык жардам көрсөтүү

65. ЖИ жүргүзүү үчүн көрсөткүчтөру Министирлер Кабинетинин токтому тенен каралган.

66. Күйөөсүнүн (өнөктөшүнүн) сперматозоиддери менен ЖИ жүргүзүүдө алдын ала даярдалган же криоконсервацияланган сперматозоиддерди пайдалануга жол берилет.

67. Донордук сперматозоид менен ЖИден өтүүдө криоконсервацияланган сперматозоид гана колдонулушу мүмкүн.

68. Аялда ЖИ жүргүзүү үчүн каршы көрсөтмөлөр болуп эки жатын түтүкчөлөрүнүн тең ачыксыздыгы жана оорулары (абалдары) саналат. ЖИ жүргүзүү үчүн чектөөлөр ЖИнин ийгиликсиз кайталанган аракети болуп саналат (3төн ашык).

69. Күйөөсүнүн (өнөктөшүнүн) же донордун сперматозоиддерин пайдалануу жөнүндө чечим эякуляттын сандык жана сапаттык мүнөздөмөлөрү, күйөөсүнүн (өнөктөшүнүн) же донордун сперматозоиддерин колдонуунун артыкчылыктары жана кемчиликтери жөнүндө дарыгер берген толук маалыматтын негизиндебейтаптар тарабынан кабыл алынат.

70. ЖИ табигый циклде да, колдонуу боюнча нускамага ылайык Кыргыз Республикасынын аймагында катталган дары-дармек каражаттарын колдонуу менен овариалдык стимулдаштырууну пайдалануу менен да колдонулушу мүмкүн.

71. Үч же андан көп үстөмдүк кылуучу фолликул өсүп кеткен учурда, ЖИ көп кош бойлуулуктун жогорку тобокелдигине байланыштуу жүргүзүлбөйт.

72. ЖИ жүргүзүүдө КР ССМ тарабынан бекитилген КРТны пайдалануу жаатындагы медициналык документтердин тизмегине ылайык форма боюнча жасалма уруктандыруу журналы жүргүзүлөт.

VII. КРТны пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү жана АИВ менен ооруган пациенттерде ЖИ жүргүзүү

73. Адистердин корутундусу боюнча КРТны пайдаланууга каршы болгон формаларды жана этаптарды кошпогондо, АИВ-инфекциясы КРТ жана ЖИ колдонгон бейтаптарга медициналык жардам көрсөтүүгө каршы көрсөткүч болуп саналбайт.

74. АИВ-инфекциясы бар бейтаптарды репродуктивдик технологияларды колдонуу көрсөткүчтөрү боюнча 2 топко бөлүүгө болот:

- тукумдуулук статусу бар бнйтаптар – АИВ-терс өнөктөштүн инфекциясын болтурбоо максатында жыныстык активдүүлүк учурунда сактанган дискорданттык түгөйлөр (инфекцияны алып жүрүүчү – өнөктөштөрдүн бири);

- тукумдуулук статусу бузулган пациенттер – конкорданттуу жубайлар (эки өнөктөш тең – инфекциянын алып жүрүүчүлөр) жана дискорданттуу жубайлар (инфекцияны алып жүрүүчү – өнөктөштөрдүн бири).

75. Кош бойлуулукка жетүү үчүн коопсуз (анын ичинде төрөлө элек бала үчүн) программаны тандоону КРТ борборунун акушер-гинеколог дарыгери менен бирдикте, АИВдин жугуусунун мүмкүн болуучу тобокелдиктери жөнүндө бейтаптарга милдеттүү түрдө маалымдоо менен жүргүзүлүүгө тийиш.

76. Бейтаптарды текшерүү жана КРТ же ЖИ программаларын ишке ашыруу СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун (бейтапка диспансердик байкоо белгиленген медициналык уюмдар) корутундусу болгондо гана мүмкүн болот. Корутундуда оорунун тарыхынан жана диагнозунан кыскача көчүрмө, АИВ-инфекциясына анализдердин натыйжалары, медициналык жардамдын жана кош бойлуулуктун ушул түрүн көрсөтүү үчүн каршы көрсөтмөлөрдүн жана өзгөчө шарттардын жоктугунун көрсөткүчү (мисалы, антиретровирустук терапия) камтылууга тийиш.

77. КРТ же ЖИ колдонуу менен дарылоону баштоонун алдында ушул Тартиптин 6-пунктуна ылайык, кандагы АИВ-1/2ге M, G класстарындагы антителолорду жана p24 антигенин аныктоону кошпогондо, эркек менен аял текшерилет.

78. АИВ-инфекциясы бар жалгыз бой аял, ошондой эле АИВ-инфекциясы боюнча дискорданттуу эркек менен аял КРТ же ЖИ жүргүзүү учурунда КРТ борборунун жана СПИДдин жана инфекциялык оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун адистери биргелешип байкоого алынат. Кош бойлуу болгон учурда аялды төрөт боюнча консультациянын акушер-гинеколог врачы жана СПИД жана жугуштуу ооруларды алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун инфекционист врачы байкоого алат.

79. АИВ-инфекциясы бар пациенттерге КРТ же ЖИ пайдалануу менен медициналык жардам көрсөтүү шарттарына карата талаптар бейтаптын каны менен байланыш аркылуу жугуучу бардык инфекциялар (мындан ары – кан аркылуу байланышта болгон инфекциялар) үчүн окшош болуп саналат.

80. АИВ-инфекциясы бар адамдардын спермасы, фолликулярдык суюктугу, эмбриондору менен иштөө, АИВ-инфекциясы бар бейтаптарга инвазиялык манипуляциялар атайын белгиленген сааттар/күндөр ичинде же өзүнчө бөлмөлөрдө жүргүзүлүшү керек. Иш аяктагандан кийин лабораториялык жайлар жана колдонулган жабдуулар тазаланат жана дезинфекцияланат.

81. Ар бир сперманын үлгүсүн жана фолликулярдык пунктатты кан аркылуу жугуучу инфекциялардын потенциалдуу булагы катары кароо керек. АИВ-позитивдүү эркектердин жуулган сперматозоиддерин үлгүлөрдүн жалпы агымынан өзүнчө сактоо, ошондой эле РНК/ДНК тестирлөөнүн жыйынтыгын алганга чейин жана алгандан кийин камсыз кылынат. АИВ-инфекциясы бар пациенттерден алынган уруктун үлгүлөрү жана фолликулярдык пунктат үлгүлөрү маркаланышы керек.

82. Эмбриондорду криоконсервациялоо жабык крионикаларда (ар биринде бирден ашык эмес эмбриондо), ал эми азот буусунда, бул тобу үчүн атайын бөлүнгөн Дьюар колбасында сактоо сунушталат.

83. СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун инфекционист дарыгеринин жана/же КРТ борборунун адисинин консультациясын алууда аялга жана эркекке ЭКУ учурунда аялдын жугузуу коркунучу, сперматозоиддун цитоплазмасына, сперматозоиддун (атайын даярдалган күйөөсүнүн сперматозоидунун жана АИСтин) бөлүгүнүн инъекциясы жөнүндө толук маалымат берилет.

84. АИВ-дискорданттуу эркек жана аял КРТны же ЖИни колдонуунун алдында процедура учурунда жана кош бойлуулук учурунда жыныстык катнашка барган сайын презервативди колдонушу керек.

85. СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборундагы клиникалык-лабораториялык экспертизанын маалыматы боюнча, АИВ же ЖИ өткөрүүгө чейин аялдын АИВ-инфекциясы жок экендигине ынануу зарыл.

86. АИВ-инфекциясы менен ооруган аялга КРТ же ЖИден өтүүдөн мурун АИВ-инфекциясынын энеден балага жугушун алдын алуу маселеси боюнча СПИДдин жана жугуштуу оорулардын алдын алуу жана көзөмөлдөө борборунун инфекционист врачы жана/же КРТ борборунун адиси тарабынан кошумча консультация берилет.

87. КРТ программаларында аялга дары-дармектерди дайындоодо алардын антиретровирустук препараттар менен дарылык өз ара аракеттенүүсүн эске алуу керек.

88. АИВ-инфекциясын дарылоону баштоого көрсөткүчтөрдүн бар экендигине карабастан, антиретровирустук препараттар менен дарылоодо овариалдык стимуляциялоо максатка ылайыктуу болот. Кош бойлуу болуп калган учурда, антиретровирустук терапия төрөткө чейин бүткүл кош бойлуулук мезгили үчүн улантылышы керек.

89. КРТ программаларын жүргүзүүдө бир эмбрионду көчүрүү сунушталат; 2 эмбрионду көчүрүү бейтаптардын ыктыярдуу макулдугу менен клиникалык жана эмбриологиялык максатка ылайыктуулугу менен аныкталышы керек.

Көмөкчү репродуктивдик технологиялар жаатындагы саламаттык сактоо уюмдарынын иши жөнүндө жобо

1. Бул Жобо көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен адистештирилген кызматтарды көрсөтүүчү мамлекеттик саламаттык сактоо уюмдарынын жана көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен кызмат көрсөтүүгө лицензиясы бар жеке саламаттык сактоо уюмдарынын (мындан ары – КРТ борбору) ишин уюштурууну жөнгө салат.

2. КРТ борборун саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси жана/же саламаттык сактоо уюмунун түзүмдүк бөлүмчөсүнүн жетекчиси башкарат.

3. Жетекчи (башкы дарыгер, бөлүм башчы) кызматына жогорку билимдүү, медициналык кызматкерлерге коюлган квалификациялык талаптарга жооп берген адис дайындалат.

4. КРТ борборунун түзүмү жана штаттык саны Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу тартибинин № 2 тиркемесинде каралган көрсөтүлүүчү диагностикалык-дарылоо кызматтарынын көлөмүн жана сунушталган штаттык нормативдерди, аларды колдонууга каршы көрсөтмөлөрдү жана чектөөлөрдү эске алуу менен саламаттык сактоо уюмунун жетекчиси тарабынан белгиленет.

5. КРТ борборунун негизги функциялары жана милдеттери:

- көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен бейтаптарды текшерүү жана дарылоо;
- көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу боюнча саламаттык сактоо уюмдарынын медициналык адистерине консультациялык жардам көрсөтүү;
- көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу боюнча медициналык кызматкерлер менен сабактарды жана практикалык конференцияларды өткөрүү;
- көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызматкерлер тарабынан көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын медициналык жардам көрсөтүү сапатын баалоо критерийлерине ылайык келүүсүн камсыз кылуу жана баалоо, ошондой эле көрсөтүлгөн критерийлерге көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатынын шайкеш келбегендигинин себептерин кароо;
- көмөкчү репродуктивдик технологиялардын программаларын колдонуу менен тукумсуздукту дарылоого байланыштуу убактылуу эмгекке жарамсыздыкка экспертиза жүргүзүү;
- Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык медициналык кызматкерлерге кошумча кесиптик билим берүү (квалификациясын жогорулатуу) мүмкүнчүлүгүн камсыз кылуу;
- диагностиканын жана дарылоонун, оорулууларды алдын алуунун жана реабилитациялоонун заманбап методдорун, иштин жаңы уюштуруу формаларын практикага киргизүү;
- оорулуулардын жана медициналык кызматкерлердин коопсуздугун

камсыз кылуу, жугуштуу оорулардын жайылышын болтурбоо боюнча санитардык-эпидемияга каршы (профилактикалык) иш-чараларды жүргүзүү;

- репродуктивдик ден соолуктун ар кандай аспектилери, аборттордун, жыныстык жол менен жугуучу инфекциялардын алдын алуу боюнча бейтаптар менен консультацияларды өткөрүү;

- медициналык документтерди жүргүзүү жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине аткаруунун натыйжалары жөнүндө отчётторду берүү.

6. КРТ борбору төмөнкү иш-чараларды жүргүзөт:

- көмөкчү репродуктивдик технологиялар программаларын жүргүзүүнүн алдында бейтаптарды текшерүү, бейтаптарда аныкталган бузулууларды дарылоо;

- көмөкчү репродуктивдик технологиялардын программаларында энелик стимулдаштырууну жүргүзүү;

- көмөкчү репродуктивдик технологиялардын программаларында фолликулогенезге ультра үндүү мониторинг жүргүзүү;

- энелик бездеринин фолликулдарын пункциялоо;

- ооциттерди күйөөсүнүн, өнөктөштүн же донордун сперматозоиддору менен in vitro инсеминациялоо;

- ооциттин цитоплазмасына сперматозоиддерди жайгаштыруу;

- эмбриондорду өстүрүү;

- эмбриондорду жатын көңдөйүнө көчүрүү;

- сперматозоиддерди, ооциттерди жана эмбриондорду криоконсервациялоо;

- энелик безинин же алардын бөлүкчөлөрүнүн биопсиясы;

- криоконсервацияланган жыныс клеткаларын, репродуктивдик органдардын ткандарын жана эмбриондорду сактоо;

- имплантацияга чейинки генетикалык тестирлөө үчүн материалдарды чогултуу;

- жыныстык клеткалардын донорлугун жана карын энелик программаларын жүргүзүү;

– күйөөсүнүн (өнөктөшүнүн) же донордун сперматозоиддору менен жасалма уруктандыруу.

Сунушгталган штаттык нормативдер

№ к/б	Кызмат орундарынын аталышы	Кызмат орундарынын саны
1.	Дарыгер гинеколог-репродуктолог	1ден кем эмес
2.	Дарыгер анестезиолог-реаниматолог	1ден кем эмес
3.	Дарыгер эмбриолог	1ден кем эмес
4.	Медайым	2ден кем эмес

Көмөкчү репродуктивдик технологиялар борборун жабдуунун сунушталган стандарттары

Репродуктолог дарыгер (акушер-гинеколог) кабинети

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Гинекологиялык кресло	1ден кем эмес
2.	Гинекологиялык аспаптардын топтому	1ден кем эмес
3.	Вагиналдык жана абдоминалдык сенсорлору бар УЗИ аппараты	1ден кем эмес
4.	Мазокторду сактоо жана аларды транспорттоо үчүн идиш	1ден кем эмес
5.	Артериялык басымды өлчөө үчүн аппарат	1ден кем эмес
6.	Стетофонендоскоп	1ден кем эмес
7.	Тосмо	1ден кем эмес
8.	Медициналык диван	1ден кем эмес
9.	Стерилдүү аспаптарды жана материалдарды сактоо үчүн контейнер	1ден кем эмес
10.	Стерилдүү аспаптарды сактоо үчүн манипуляциялык стол	1ден кем эмес
11.	Мобилдик медициналык шам-чырак	1ден кем эмес
12.	Бактерициддик нурландыргыч/аба тазалагыч/абаны дезинфекциялоо жана (же) чыпкалоо жана (же) беттерди дезинфекциялоо үчүн шайман	1ден кем эмес
13.	Медициналык тараза	1ден кем эмес
14.	Бойду ченегич	1ден кем эмес

Башка жабдык (жабдуу)

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Принтери бар персоналдык компьютер	1ден кем эмес
2.	Дарыгердин жумуш орду	1ден кем эмес
3.	Медайымдын жумуш орду	1ден кем эмес

Процедуралык бөлмө

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Стерилдүү материалды сактоо үчүн контейнер	1ден кем эмес
2.	Антишок топтому, анти-АИВ топтому	1ден кем эмес
3.	Артериялык басым өлчөгүч	1ден кем эмес
4.	Стетофонендоскоп	1ден кем эмес
5.	Акушердик/гинекологиялык аспаптар жана	1ден кем эмес

	манипуляциялар үчүн керектелүүчү материалдар	
6.	Стерилдүү эритмелер жана дарылар үчүн медициналык шкаф	1ден кем эмес
7.	Манипуляциялык стол	1ден кем эмес
8.	Венага тамчылатуу үчүн штатив	1ден кем эмес
9.	Кан куюу үчүн комплект	1ден кем эмес
10.	Кан үчүн лабораториялык, базалык, фармацевтикалык муздаткычтар	1ден кем эмес
11.	Медициналык диван	1ден кем эмес
12.	Тосмо	1ден кем эмес
13.	Процедуралык стол	1ден кем эмес
14.	Тез жардам дары-дармектери үчүн шкаф	1ден кем эмес
15.	Бактерициддик нурландыргыч/аба тазалагыч/абаны дезинфекциялоо жана (же) фильтрлөө жана (же) беттерди дезинфекциялоо үчүн шайман	1ден кем эмес
16.	Материалдарды жана аспаптарды стерилдөө жана дезинфекциялоо үчүн контейнер.	1ден кем эмес

Башка жабдуу (жабдык)

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Медайымдын жумуш орду	1ден кем эмес

Манипуляция бөлмөсү

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган сана, даана
1.	Гинекологиялык кресло (гидравликалык көтөргүч менен)	1ден кем эмес
2.	Көлөкөсүз медициналык шам-чырак	1ден кем эмес
3.	Вакуум аспиратор	1ден кем эмес
4.	Ларингоскоп, бычак топтомдору менен	1ден кем эмес
5.	Мобилдик ингаляциялык наркоз үчүн аппарат	1ден кем эмес
6.	Гинекологиялык текшерүү үчүн аспаптар	1ден кем эмес
7.	Кычкылтек жана газ булагы (мобилдик, стационардык)	1ден кем эмес
8.	Колдонулган материалдар (медициналык калдыктар) үчүн контейнер	1ден кем эмес
9.	Наркоз столу, жгуттар	1ден кем эмес
10.	Пункция саптары менен жабдылган вагиналдык жана абдоминалдык сенсорлору бар УЗИ аппараты	1ден кем эмес
11.	Мониторинг аппараты (пульс, оксигенация, артерия басымы)	1ден кем эмес
12.	Антишок топтому, анти-АИВ топтому	1ден кем эмес

13.	Аспаптык стол	1ден кем эмес
14.	Манипуляциялык стол	1ден кем эмес
15.	Дары-дармек үчүн медициналык шкаф	1ден кем эмес
16.	Бактерициддик нурландыргыч/аба тазалагыч/абаны дезинфекциялоо жана (же) чыпкалоо жана (же) беттерди дезинфекциялоо үчүн шайман	1ден кем эмес

Эмбриология кабинети

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	саны, даана
1.	Бинокулярдык лупа	1ден кем эмес
2.	Термостат (CO-2 инкубатор)	1ден кем эмес
3.	Жарык микроскобу	1ден кем эмес
4	Инверттелген микроскоп	1ден кем эмес
5.	Микроманипулятор	1ден кем эмес
6.	Центрифуга	1ден кем эмес
7.	Лабораториялык, медициналык, фармацевтикалык муздаткычтар	1ден кем эмес
8.	Бактерициддик нурландыргыч/аба тазалагыч/абаны дезинфекциялоо жана (же) чыпкалоо жана (же) беттерди дезинфекциялоо үчүн шайман	1ден кем эмес
9.	Үстүнөн жылытылуучу ламинардык бокс	1ден кем эмес
10.	Инкубаторлордогу CO2 мониторинги үчүн сенсор	1ден кем эмес
11.	Анти-АИВ топтому	1ден кем эмес

Башка жабдуу (жабдык)

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Эмбриологдун жумуш орду	1ден кем эмес

Крио кампа бөлмөсү

Жок	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Биоматериалды криоконсервациялоо үчүн жабдуулар	1ден кем эмес
2.	Криоконсервацияланган жыныс клеткаларын/эмбриондорду жана репродуктивдик ткандарды сактоо үчүн Дьюар идиши	1ден кем эмес
3.	Криоконсервацияланган жыныс клеткаларын жана репродуктивдик ткандарды транспорттоо үчүн Дьюар идиши	1ден кем эмес
4.	Суюк азот менен Dewar колба	1ден кем эмес
5.	Биоматериал үчүн контейнер	1ден кем эмес
6.	Транспорттоочу араба	1ден кем эмес

7.	Бөлмөдө кычкылтектин курамын көзөмөлдөө үчүн сенсор	1ден кем эмес

Стерилдөө

№	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Буу стерилизатору же кургак ысык шкафы	1ден кем эмес
2.	Суу дистиллятору	1ден кем эмес
3.	Жуу жана дезинфекциялоо үчүн жабдуулар	1ден кем эмес
4.	Аспаптарды жана материалдарды стерилдөөгө даярдоо үчүн стол	1ден кем эмес
5.	Стерилдүү аспаптарды жана керектелүүчү материалдарды сактоо үчүн камера	1ден кем эмес
6.	Бактерициддик нурландыргыч/аба тазалагыч/абаны дезинфекциялоо жана (же) чыпкалоо жана (же) беттерди дезинфекциялоо үчүн шайман	1ден кем эмес

Сперма тапшыруу бөлмөсү

№ к/б	Жабдуунун (жабдыктын) аталышы	Талап кылынган саны, даана
1.	Диван же кресло (отургуч)	1ден кем эмес
2.	Стол	1ден кем эмес

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызматтарды көрсөтүү боюнча келишимдин үлгүсү

Бишкек ш. «____» _____ 2025-ж.

_____, жетекчиси _____атынан,Уставдын негизинде иш жүргүзүүчү, мындан ары **КРТ Борбору** деп аталып, бир тараптан жана _____, мындан ары Бейтап айым деп аталып, _____, мындан ары **Бейтап** деп аталып, биргеликте бейтаптар деп аталуу менен, экинчи тараптан, төмөнкүлөр жөнүндө ушул келишимди (мындан ары – Келишим) түзүштү.

Келишимдин предмети

1. Бейтаптар тапшырык беришет, ал эми КРТ Борбору көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызмат

көрсөтүү боюнча милдеттенмелерди өзүнө алат. Кызматтар кайтарымдык негизде, бейтаптын эсебинен көрсөтүлөт.

1.1. Ооруну аныктоо, дарылоо планын түзүү жана андан аркы текшерүү тактикасын аныктоо максатында текшерүүлөрдү жана диагностикалык иш–чараларды жүргүзүү.

1.2. Төмөнкү медициналык процедураларды жасоо (керектүүсүн сызуу керек):

• Экстракорпоралдык уруктандыруу (ЭКУ);

• жасалма инсеминация (ЖИ);

• сперматозоидди жумуртка клеткасынын цитоплазмасына киргизүү (ИСКИ);

• ПИКСИ;

1.3. Ушул келишимдин 1.1.1 жана 1.1.2-пункттарында көрсөтүлгөн кызматтарды көрсөтүү үчүн зарыл болгон башка медициналык чаралар, анын ичинде медициналык жана тиешелүү документтерде чагылдырылган аракеттер.

1.4. Бул келишимдин алкагында көрсөтүлүүчү кызматтар медициналык жардам көрсөтүүнү жөнгө салуучу Кыргыз Республикасынын мыйзамдарынын чнемденрине жана талаптарына ылайык келет жана КРТ Борбору тарабынан милдеттүү түрдө аткарылууга тийиш.

1.5. Ушул келишим боюнча медициналык жардам амбулаториялык шартта, ошондой эле күндүзгү стационарда же стационардык шартта көрсөтүлөт.

1.6. КРТ Борбору «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамынын жоболорун жетекчиликке алуу менен медициналык кызмат көрсөтөт.

1.7. КРТ Борбору белгиленген тартипте берилген тиешелүү лицензиялары бар медициналык ишмердиктин чөйрөсүндө кызматтарды көрсөтөт.

1.8. Бардык медициналык кызматтар КРТ Борборунун имаратында төмөнкү дарек боюнча көрсөтүлөт.

Келишимдин тараптарынын укуктары жана милдеттери

2. Бейтаптар төмөнкүлөргө укуктуу:

2.1. Бул келишимде белгиленген тартипте өзүнүн ден соолугунун абалы жөнүндө ишенимдүү, актуалдуу, зарыл жана толук маалыматты алууга;

2.2. Эгерде мыйзамда башка мөөнөттөр белгиленбесе, жазуу жүзүндөгү арыз берилген күндөн тартып отуз календардык күндүн ичинде КРТ Борбору берүүгө милдеттүү болгон медициналык документтериңиздин көчүрмөлөрүн талап кылууга;

2.3. Бул келишимди колдонуу мөөнөтү аяктаганга чейин КРТ Борбору тарабынан иш жүзүндө көрсөтүлгөн кызматтардын акысын төлөө менен келишимди бузууга;

2.4. Аткарылышы КРТ Борбору тарабынан милдеттүү болгон, саламаттыкты сактоо жаатындагы Кыргыз Республикасынын мыйзамдарында каралган бардык укуктардан пайдалануга.

3. Бейтаптар төмөнкүлөргө милдеттүү:

3.1. КРТ Борбору сунуштаган пациенттин анкетасын толтурууда же адис тарабынан консультация алууда өзүнүн жашоо анамнезине жана оорусуна байланыштуу толук жана ишенимдүү маалыматты берүүгө;

3.2. КРТ Борборуна барганда инсандыгын тастыктаган документи жанында булуусуна жана КРТ методдору менен тукумсуздукту дарылоого ыктыярдуу макулдукка кол коюуга;

3.3. Дайындалган консультацияларга, процедураларга жана текшерүүлөргө белгиленген убакта келүүгө. Эгерде келүүгө мүмкүн болбосо, КРТ Борборуна белгиленген убакыттан кеминде 24 саат мурун, жумуш убактысында кабыл алуу телефону аркылуу алдын ала кабарлоого;

3.4. КРТ Борборунун кызматкерлерине консультациялар же процедуралар учурунда ден соолугунун абалынын өзгөргөндүгү жөнүндө, же өзгөчө кырдаалдарда – кабылдамага телефон чалып кабарлоого;

3.5. КРТ Борборунун адистеринин сунуштарын жана белгиленген дарылоо режимин так аткарууга. Ушул келишимге кол коюу менен Бейтап рецепттерди аткарбоо менен байланышкан мүмкүн болуучу тобокелдиктер, анын ичинде дарылоонун натыйжалуулугунун төмөндөшү, анын мөөнөтүнөн мурда бүтүшү же абалынын начарлашы жөнүндө КРТ Борборунан толук, жеткиликтүү жана ишенимдүү маалымат алгандыгын ырастайт;

3.6. КРТ Борборунун имараттарында белгиленген ички эрежелерди сактоого, ошондой эле анын кызматкерлеринин көрсөтмөлөрүн аткарууга. Бейтаптарга «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамына ылайык, дарыланып жаткан адамдар белгиленген режимди, анын ичинде эмгекке убактылуу жарамсыздык мезгилинде да медициналык уюмдагы жүрүм-турумду сактоого;

3.7. Колдонуудагы мыйзамдарга ылайык медициналык-укуктук документтерге жеке кол коюу менен медициналык кийлигишүүгө (анын ичинде операциялар, процедуралар, манипуляциялар) макулдугун же андан баш тартуусун ырастоого. Бейтап тарабынан кол коюлган бул документтер ушул келишимдин ажырагыс тиркемелери болуп эсептелет.

4. КРТ Борбору төмөнкүлөргө укуктуу:

4.1. Консультациялардын, процедуралардын графигин, ошондой эле адистердин иш тартибин өз алдынча белгилөөгө;

4.2. Өзүнүн адистери аркылуу дарылоонун оптималдуу тактикасын жана методдорун аныктоого, анестезиологиялык колдоо методун тандоого, зарыл материалдарды жана дары-дармектерди тандоого, ошондой эле диагностикалык, дарылоо жана профилактикалык иш-чаралардын көлөмүн аныктоого.

5. КРТ Борбору төмөнкүлөргө милдеттүү:

5.1. Бейтаптарга көрсөтүлгөн кызматтар жөнүндө толук жана жеткиликтүү маалымат менен камсыз кылууга: алардын көлөмү, мүнөзү, колдонулган ыкмалары, медициналык кийлигишүүнүн кесепеттери, мүмкүн болгон кыйынчылыктар, ошондой эле оорунун жүрүшүнүн прогноздору. Бул маалымат бейтаптарга келишимге кол коюу алдында жеткиликтүү түрдө – оозеки, жазуу жүзүндө берилет;

5.2. КРТ Борборунун өзү жөнүндө маалымат берүүгө: укуктук статусу, иштөө убактысы, ички тартип, байланыш телефондору, адистер жөнүндө маалымат;

5.3. Бейтаптарга кызмат көрсөтүүлөрдүн наркы жөнүндө маалыматка ачык жеткиликтүүлүктү камсыз кылууга. Баалар КРТ Борборунун имаратында оңой жеткиликтүү жерде илинген, ошондой эле келишим түзүлгөнгө чейин берилиши мүмкүн. Келишимге кол коюу бейтаптын баалар менен тааныш экендигин тастыктайт;

5.4. Дарылоону баштоодон мурун, пациенттин башынан өткөн жана коштолгон оорулары жөнүндө маалымат чогултууга, зарыл болсо, текшерүүлөрдү же консультацияларды өткөрүүгө. Керектүү чаралардын көлөмү КРТ Борборунун адистери тарабынан аныкталат;

5.5. Ушул келишимде белгиленген мөөнөттө жана сапаттуу кызматтарды көрсөтүүгө;

5.6. Кыргыз Республикасында бекитилген диагностикалык, дарылоо жана алдын алуу методдоруна ылайык келген медициналык жардам көрсөтүүгө;

5.7. Медициналык документтерди сактоого, анын ичинде:

- медициналык жана өмүр анамнези;

- үй-бүлөлүк, аллергиялык жана эпидемиологиялык анамнез;

-текшерүүнүн натыйжалары, диагноздор, дарылоо пландары жана врачтын жазуулары;

- ар бир аткарылган процедура жөнүндө маалымат.

Документтер кол менен же электрондук түрдө жүргүзүлүшү мүмкүн. Тиешелүү реквизиттер бар болсо, эки ыкма тең юридикалык жактан маанилүү деп таанылат.

5.8. Бейтаптын жазуу жүзүндөгү өтүнүчү боюнча төмөнкү документтерди берүүгө:

- медициналык документтердин көчүрмөлөрү (көчүрмөлөр, маалымкаттар, эпикриздер ж.б.);

- сарпталган чыгашаларды ырастоочу документтер (кызмат көрсөтүүлөр жана/же дары-дармектер үчүн);

5.9. Мыйзамда каралган учурларды кошпогондо, пациенттердин ден соолугунун абалы, алардын диагноздору, медициналык жардамга кайрылуу фактылары жана дарылоо учурунда алынган башка маалыматтардын медициналык купуялыгын сактоого;

5.10. Медициналык кызмат көрсөтүүгө объективдүү жолтоо болушу мүмкүн болгон ар кандай жагдайлар жөнүндө бейтаптарга тез арада кабарлоого.

6. Келишимдин баасы жана эсептешүү тартиби

6.1. Ушул келишимдин наркы медициналык кызмат көрсөтүүлөргө баалардын жана аларды бейтапка көрсөтүү процессинде пайда болгон КРТ Борборунун ага байланыштуу чыгымдарынын негизинде түзүлөт;

6.2. Ушул келишимдин 1.1-пунктунда көрсөтүлгөн комплекстүү медициналык кызматтын баасы келишим түзүлгөн учурда колдонулуучу КРТ Борборунун прейскурантына ылайык белгиленет.

7. Келишимдин мөөнөтү жана кызмат көрсөтүү мөөнөтү

7.1. Ушул келишим ага эки Тарап кол койгон учурдан тартып жарактуу болуп саналат.

7.2. Ушул келишимдин предмети болуп саналган медициналык кызматтарды көрсөтүүнүн узактыгы дарылоонун максаттарын, бейтаптардын ден соолугунун абалын, оорунун мүнөзүн жана оордугун, ошондой эле КРТ Борборунун техникалык жана уюштуруу мүмкүнчүлүктөрүн эске алуу менен КРТ Борборунун адистери тарабынан аныкталат. Бул мөөнөттөр кызматтарды көрсөтүү менен коштолгон тиешелүү юридикалык жана/же медициналык документтерде жазылат.

8. Тараптардын жоопкерчилиги

8.1. КРТ Борбору санитардык-гигиеналык талаптардын сакталышы, медициналык жабдуулардын туура жана коопсуз эксплуатацияланышы, медициналык жана медайымдык процедуралардын орундуу аткарылышы, белгиленген диагностикалык, алдын алуу жана дарылоо методдорун колдонуу, кесиптик этиканын жана деонтологиянын сакталышы, ошондой эле Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык медициналык документтердин туура жүргүзүлүшү үчүн жоопкерчилик тартат;

8.2**.** Форс-мажордук жагдайлардын, анын ичинде, бирок булар менен чектелбестен: өрт, жер титирөө, суу ташкыны, техногендик кырсыктар, аскердик аракеттер, мамлекеттик органдардын жана соттордун чечимдери, ошондой эле башка форс-мажордук жагдайлардын жана алардын кесепеттеринин натыйжасында ушул келишим боюнча милдеттенмелердин аткарылбагандыгы же орунсуз аткарылгандыгы үчүн Тараптар жоопкерчиликтен бошотулат.

9. Корутунду жоболор

9.1. Ушул келишимден же ага байланыштуу талаш-тартыштар жана пикир келишпестиктер келип чыккан учурда, Тараптар талаш-тартышты сүйлөшүү жолу менен чечүү үчүн күч-аракеттерди жумшоого милдеттенишет.

9.2. Ушул келишимге бардык өзгөртүүлөр жана толуктоолор негизги келишимдин формасына окшош жазуу жүзүндө таризделет жана аларга эки Тарап кол койгон учурдан тартып күчүнө кирет;

9.3. Бейтаптар кол койгон төмөнкү документтер бул келишимдин ажырагыс тиркемелери болуп саналат:

- медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдук;
- ушул келишимде каралган өлчөмдө кызмат көрсөтүүнүн бөлүгү катары медициналык документтерде көрсөтүлгөн маалыматтар да ушул келишимдин бир бөлүгү болуп эсептелет.

9.4. Бейтап /тар эскертилди жана ал/алар ушул келишимде, ошондой эле КРТ Борбору менен келишимдик мамилелердин алкагында түзүлгөн макулдуктарда, арыздарда жана башка документтерде көрсөтүлгөн бардык маалыматтардын тууралыгы үчүн толук жоопкерчилик тартабыз деп макул болду.

10. Тараптардын колтамгалары жана реквизиттери

10.1. Ушул бөлүмдө көрсөтүлгөн Тараптардын даректери жана реквизиттери билдирүүлөрдү, кабарламаларды, дооматтарды, арыздарды жана даттануларды жөнөтүү үчүн, алар ушул келишимде каралгандыгына же аны аткаруу процессинде келип чыккандыгына карабастан жарактуу жана жетиштүү деп эсептелет.

10.2. Ар бир тарап экинчи тарапка өзүнүн реквизиттери, байланыш маалыматтары же юридикалык дареги өзгөргөндүгү жөнүндө дароо билдирүүгө милдеттенет.

Бейтап	**Бейтап айым**	**КРТ Борбору**
Аты-жөнү	Аты-жөнү	Жетекчи
Паспорт	Паспорт	Каттоо №
ИНН	ИНН	ИНН
Дарек	Дарек	Дарек
Колтамга	Колтамга	Колтамга

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды жана суррогат энеликти колдонуу менен медициналык кызмат көрсөтүүлөр боюнча келишимдин үлгүсү

Бишкек ш. «____» _____ 202__-ж.

_____, жетекчиси _____атынан, Уставдын негизинде иш жүргүзүүчү, мындан ары **КРТ Борбору** деп аталып, бир тараптан жана _____, мындан ары Бейтап айым деп аталып, _____, мындан ары Бейтап деп аталып, биргеликте Бейтаптар* деп аталуу менен, экинчи тараптан, _____, мындан ары Карын эне деп аталып, үчүнчү тараптан, биргеликте Тараптар деп аталышып, төмөнкүлөр жөнүндө ушул келишимди (мындан ары – Келишим) түзүштү:

**жалгыз бой аялга (пациент айымга) медициналык кызмат көрсөтүү максатында ушул Келишимди түзүүдө КРТ Борборунун ушул Келишимде аныкталган милдеттери бейтап айымга карата аткарылат, бейтаптардын милдеттерин аткаруу Бейтап айымдын жеке өзүнө жүктөлөт.*

1. Келишимдин предмети

1.1. Пациенттер тапшырык беришет, ал эми КРТ Борбору карвэнелик программасы боюнча көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кызматтарды көрсөтүү боюнча милдеттенмелерди алат. Кызматтар кайтарымдык негизде, пациенттердин эсебинен көрсөтүлөт.

1.2. Ооруну аныктоо, дарылоо планын түзүү жана андан аркы текшерүү тактикасын аныктоо максатында текшерүүлөрдү жана диагностикалык иш-чараларды жүргүзүү.

1.3. Төмөнкү медициналык процедураларды жасоо (керектүүсүн сызуу керек):

- Экстракорпоралдык уруктандыруу (ЭКУ);
- Карын энелик программасына катышуу;
- Тоңдурулбаган эмбрионду колдонуу;
- Криоконсервацияланган эмбрионду колдонуу.

1.4. Ушул келишимдин 1.1 жана 1.2-пункттарында көрсөтүлгөн кызматтарды көрсөтүү үчүн зарыл болгон башка медициналык чаралар, анын ичинде медициналык жана тиешелүү документтерде чагылдырылган иш-аракеттер.

Ушул келишим боюнча медициналык кызматтарды көрсөтүүдө ушул Келишимдин ажырагыс бөлүгү болуп саналган төмөнкү документтер да берилет:

– биологиялык ата-энелердин/ата-эненин арызы;

– эмбрионду криоконсервациялоо жана криосактоо жөнүндө, эмбрионду криосакоо мөөнөтүн узартуу жөнүндө, эмбрионду криосактоону токтотуу жөнүндө арыз;

– биологиялык ата-энелердин карын энелик программалар менен айкалыштырып КРТ жүргүзүүгө ыктыярдуу макулдугу;

– карын эненин ыктыярдуу макулдугу, эгерде карын эне никеде болсо, анда маалымдалган макулдукка анын күйөөсү да кол коёт.

1.5. Ушул келишим боюнча көрсөтүлүүчү кызматтар медициналык жардам көрсөтүүнү жөнгө салуучу Кыргыз Республикасынын мыйзамдарынын ченемдерине жана талаптарына ылайык келет жана КРТ Борбору тарабынан милдеттүү түрдө аткарылууга тийиш.

1.6. Ушул келишимдин алкагында медициналык жардам амбулаториялык тартипте, ошондой эле күндүзгү стационарда же стационардык шартта көрсөтүлөт.

1.7. КРТ борбору «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамынын жоболорун жетекчиликке алуу менен медициналык кызмат көрсөтөт.

1.8. КРТ борбору белгиленген тартипте берилген тиешелүү лицензиялары бар медициналык ишмердиктин чөйрөсүндө кызматтарды көрсөтөт.

1.9. Бардык медициналык кызматтар КРТ Борборунун имаратында төмөнкү дарек боюнча көрсөтүлөт:

2. Келишимдин тараптарынын укуктары жана милдеттери

2.1. Бейтаптар жана карын эне төмөнкүлөргө укуктуу:

2.1.1. Ушул келишимде белгиленген тартипте өзүнүн ден соолугунун абалы жөнүндө ишенимдүү, актуалдуу, зарыл жана толук маалыматты алууга;

2.1.2. Эгерде мыйзамда башка мөөнөттөр белгиленбесе, КРТ Борбор жазуу жүзүндөгү арыз берген күндөн тартып отуз календардык күндүн ичинде берүүгө милдеттүү болгон медициналык документтериңиздин көчүрмөлөрүн сурап алууга;

2.1.3**.** Ушул келишимдин колдонуу мөөнөтү аяктаганга чейин КРТ Борбору тарабынан иш жүзүндө көрсөтүлгөн кызматтардын акысын төлөө менен келишимди бузууга;

2.1.4. Аткарылышы КРТ Борбору тарабынан милдеттүү болгон, саламаттыкты сактоо жаатындагы Кыргыз Республикасынын мыйзамдарында каралган бардык укуктардан пайдалануу га.

2.2. Бейтаптар жана Карын эне төмөнкүлөргө милдеттүү:

2.2.1. КРТ Борбору сунуштаган бейтаптын анкетасын толтурууда же адис тарабынан консультация алууда өзүнүн жашоо анамнезине жана оорусуна байланыштуу толук жана ишенимдүү маалыматты берүүгө;

2.2.2. КРТ Борборуна барганда инсандыгын тастыктаган документи жанында булуусуна жана КРТ суррогат энелигине ыктыярдуу макулдукка кол коюуга;

2.2.3. Дайындалган консультацияларга, процедураларга жана текшерүүлөргө белгиленген убакта келүүгө. Эгерде келүүгө мүмкүн болбосо, КРТ Борборуна белгиленген убакыттан кеминде 24 саат мурун, жумуш убактысында кабыл алуу телефону аркылуу алдын ала кабарлоого;

2.2.4. КРТ Борборунун кызматкерлерине консультациялар же процедуралар учурунда ден соолугунун абалынын өзгөргөндүгү жөнүндө, же өзгөчө кырдаалдарда – кабылдамага телефон чалып кабарлоого;

2.2.5. КРТ Борборунун адистеринин сунуштарын жана белгиленген дарылоо режимин так аткарууга. Ушул келишимге кол коюу менен Бейтаптар жана Карын эне рецепттерди аткарбоо менен байланышкан мүмкүн болуучу тобокелдиктер, анын ичинде дарылоонун натыйжалуулугунун төмөндөшү, анын мөөнөтүнөн мурда бүтүшү же абалынын начарлашы жөнүндө КРТ Борборунан толук, жеткиликтүү жана ишенимдүү маалымат алгандыгын ырастайт;

2.2.6. КРТ Борборунун имараттарында белгиленген ички эрежелерди сактоого, ошондой эле анын кызматкерлеринин көрсөтмөлөрүн аткарууга. Бейтаптарга «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамына ылайык, дарыланып жаткан адамдар белгиленген режимди, анын ичинде эмгекке убактылуу жарамсыздык мезгилинде да медициналык уюмдагы жүрүм-турумду сактоого;

2.2.7. Колдонуудагы мыйзамдарга ылайык медициналык-укуктук документтерге жеке кол коюу менен медициналык кийлигишүүгө (анын ичинде операциялар, процедуралар, манипуляциялар) макулдугун же андан баш тартуусун ырастоого. Бейтап тарабынан кол коюлган бул документтер ушул келишимдин ажырагыс тиркемелери болуп эсептелет.

2.3. Бейтаптар кош бойлуулук, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгилде карын эненин ден соолугуна байланыштуу бардык чыгымдарды төлөп берүүгө милдеттүү. Бейтаптар карын эненин кош бойлуулугу, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгил үчүн бардык жоопкерчиликти тартышат.

2.4. КРТ Борбору төмөнкүлөргө укуктуу:

2.4.1. Консультациялардын, процедуралардын графигин, ошондой эле адистердин иш тартибин өз алдынча түзүүгө.

2.4.2. Өзүнүн адистери аркылуу дарылоонун оптималдуу тактикасын жана методдорун аныктоого, анестезиологиялык колдоо методун тандоого, керектүү материалдарды жана дары-дармектерди тандап алууга, ошондой эле диагностикалык, дарылоо жана алдын алуу иш-чараларынын көлөмүн аныктоого.

2.5. КРТ Борбору төмөнкүлөргө милдеттүү:

2.5.1. Бейтаптарга көрсөтүлгөн кызматтар жөнүндө толук жана жеткиликтүү маалымат менен камсыз кылууга: алардын көлөмү, мүнөзү, колдонулган ыкмалары, медициналык кийлигишүүнүн кесепеттери, мүмкүн болгон кыйынчылыктар, ошондой эле оорунун жүрүшүнүн прогноздору. Бул маалымат бейтаптарга келишимге кол коюу алдында жеткиликтүү түрдө – оозеки, жазуу жүзүндө берилет;

2.5.2. КРТ Борборунун өзү жөнүндө маалымат берүүгө: укуктук статусу, иштөө убактысы, ички тартип, байланыш телефондору, адистер жөнүндө маалымат;

2.5.3.Бейтаптарга кызмат көрсөтүүлөрдүн наркы жөнүндө маалыматка ачык жеткиликтүүлүктү камсыз кылууга. Баалар КРТ Борборунун имаратында оңой жеткиликтүү жерде илинген, ошондой эле келишим түзүлгөнгө чейин берилиши мүмкүн. Келишимге кол коюу Бейтаптын баалар менен тааныш экендигин тастыктайт;

2.5.4. Дарылоону баштоодон мурун, пациенттин башынан өткөн жана коштолгон оорулары жөнүндө маалымат чогултууга, зарыл болсо, текшерүүлөрдү же консультацияларды өткөрүүгө. Керектүү чаралардын көлөмү КРТ Борборунун адистери тарабынан аныкталат;

2.5.5. Ушул келишимде белгиленген мөөнөттө жана сапаттуу кызматтарды көрсөтүүгө;

2.5.6. Кыргыз Республикасында бекитилген диагностикалык, дарылоо жана алдын алуу методдоруна ылайык келген медициналык жардам көрсөтүүгө;

2.5.7. Медициналык документтерди сактоого, анын ичинде:

- медициналык жана өмүр анамнези;
- үй-бүлөлүк, аллергиялык жана эпидемиологиялык анамнез;
- текшерүүнүн натыйжалары, диагноздор, дарылоо пландары жана врачтын жазуулары;
- ар бир аткарылган процедура жөнүндө маалымат.

Документтер кол менен же электрондук түрдө жүргүзүлүшү мүмкүн. Тиешелүү реквизиттер бар болсо, эки ыкма тең юридикалык жактан маанилүү деп таанылат.

2.5.8. Бейтаптын жазуу жүзүндөгү өтүнүчү боюнча төмөнкү документтерди берүүгө:

- медициналык документтердин көчүрмөлөрү (көчүрмөлөр, маалымкаттар, эпикриздер ж.б.);
- сарпталган чыгашаларды ырастоочу документтер (кызмат көрсөтүүлөр жана/же дары-дармектер үчүн);

2.5.9. Мыйзамда каралган учурларды кошпогондо, бейтаптардын ден соолугунун абалы, алардын диагноздору, медициналык жардамга кайрылуу фактылары жана дарылоо учурунда алынган башка маалыматтардын медициналык купуялыгын сактоого;

2.5.10. Медициналык кызмат көрсөтүүгө объективдүү жолтоо болушу мүмкүн болгон ар кандай жагдайлар жөнүндө бейтаптарга тез арада кабарлоого.

3. Келишимдин баасы жана эсептешүү тартиби

3.1. Ушул келишимдин наркы медициналык кызмат көрсөтүүлөргө бааларды жана аларды пациентке көрсөтүү процессинде пайда болгон КРТ Борборунун ага байланыштуу чыгымдарынын негизинде түзүлөт;

3.2. Ушул келишимдин 1.1-пунктунда көрсөтүлгөн комплекстүү медициналык кызматтын баасы келишим түзүлгөн учурда колдонулуучу КРТ Борборунун прейскурантына ылайык белгиленет.

4. Келишимдин мөөнөтү жана кызмат көрсөтүү мөөнөтү

4.1. Ушул келишим ага эки Тарап кол койгон учурдан тартып жарактуу болуп саналат. Бейтаптар тарабынан кол коюу бейтап айым тарабынан да, бейтап тарабынан да жүргүзүлөт.

4.2. Ушул келишимдин предмети болуп саналган медициналык кызматтарды көрсөтүүнүн узактыгы дарылоонун максаттарын, пациенттердин ден соолугунун абалын, оорунун мүнөзүн жана оордугун, ошондой эле КРТ Борборунун техникалык жана уюштуруу мүмкүнчүлүктөрүн эске алуу менен КРТ Борборунун адистери тарабынан аныкталат. Бул мөөнөттөр кызматтарды көрсөтүү менен коштолгон тиешелүү юридикалык жана/же медициналык документтерде жазылат.

5. Тараптардын жоопкерчилиги

5.1. КРТ Борбору санитардык-гигиеналык талаптардын сакталышы, медициналык жабдуулардын туура жана коопсуз эксплуатацияланышы, медициналык жана медайымдык процедуралардын орундуу аткарылышы, белгиленген диагностикалык, алдын алуу жана дарылоо методдорун колдонуу, кесиптик этиканын жана деонтологиянын сакталышы, ошондой эле Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык медициналык документтердин туура жүргүзүлүшү үчүн жоопкерчилик тартат;

5.2. Форс-мажордук жагдайлардын, анын ичинде, бирок булар менен чектелбестен: өрт, жер титирөө, суу ташкыны, техногендик кырсыктар, аскердик аракеттер, мамлекеттик органдардын жана соттордун чечимдери, ошондой эле башка форс-мажордук жагдайлардын жана алардын кесепеттеринин натыйжасында ушул келишим боюнча милдеттенмелердин аткарылбагандыгы же орунсуз аткарылгандыгы үчүн Тараптар жоопкерчиликтен бошотулат.

6. Өзгөчө шарттар

6.1. Карын эне кош бойлуу кезинде (12 жумага чейин) дарыгердин каттоосуна турууга, дайыма байкоодо болууга жана дарыгердин сунуштарын так аткарууга, өзүнүн ден соолугуна дайыма көз салууга, келишимдин башка шарттарын сактоого милдеттүү;

6.2. Эмбрионду карын энеге имплантациялоого макулдук берген бейтаптар келишимге ылайык кош бойлуу, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгилде анын ден соолугунун калыбына келишине байланыштуу материалдык чыгымдарды көтөрүшөт. Бул максаттар үчүн банктык эсеп ачылат, ага карын эненин ден соолугуна жана башка чыгымдарына арналган каражаттар чегерилет;

6.4. Боюна көтөрүү максатында эмбрионду башка аялга имплантациялоого келишим түзгөн бейтаптар, бала төрөлгөн учурда, жарандык абалдын актыларын жазуу китебине баланын атаэнеси/ата-энелери болуп жазылышат;

6.5. Карын эне менен келишим түзгөн бейтаптар жарандык абалдын

актыларын жазуу китебине өздөрүнүн атына катталганга чейин баладан баш тартууга укугу жок;

6.6. Бала өлүү төрөлгөндө же карын эне менен келишим түзгөн адам/адамдар баладан баш тарткан учурда, алар суррогат энеден медициналык кызмат көрсөтүүсүнө акы төлөө менен байланышкан ар кандай материалдык чыгымдардын, ошондой эле эгерде сый акы болгон болсо, алардын өлчөмүнүн ордун толтурууну карын энеден талап кылууга укуксуз.

7. Корутунду жоболор

7.1. Ушул келишимден же ага байланыштуу талаш-тартыштар жана пикир келишпестиктер келип чыккан учурда, тараптар талаш-тартышты сүйлөшүү жолу менен чечүү үчүн күч-аракеттерди жумшоого милдеттенишет.

7.2. Ушул келишимге бардык өзгөртүүлөр жана толуктоолор негизги келишимдин формасына окшош жазуу жүзүндө таризделет жана аларга эки Тарап кол койгон учурдан тартып күчүнө кирет;

7.3. Бейтаптар кол койгон төмөнкү документтер бул келишимдин ажырагыс тиркемелери болуп саналат:

- медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдук;
- ушул келишимде каралган өлчөмдө кызмат көрсөтүүнүн бөлүгү катары медициналык документтерде көрсөтүлгөн маалыматтар да ушул келишимдин бир бөлүгү болуп эсептелет.

7.4. Бейтаптар жана Карын эне эскертилишти жана ал/алар ушул келишимде, ошондой эле КРТ Борбору менен келишимдик мамилелердин алкагында түзүлгөн макулдуктарда, арыздарда жана башка документтерде көрсөтүлгөн бардык маалыматтардын тууралыгы үчүн толук жоопкерчилик тартабыз деп макул болушту.

8. Тараптардын колтамгалары жана реквизиттери

8.1. Ушул бөлүмдө көрсөтүлгөн тараптардын даректери жана реквизиттери билдирүүлөрдү, кабарламаларды, дооматтарды, арыздарды жана даттанууларды жөнөтүү үчүн, алар ушул келишимде каралгандыгына же аны аткаруу процессинде келип чыккандыгына карабастан жарактуу жана жетиштүү деп эсептелет.

8.2. Ар бир тарап экинчи тарапка өзүнүн реквизиттери, байланыш маалыматтары же юридикалык дареги өзгөргөндүгү жөнүндө дароо билдирүүгө милдеттенет.

Бейтап	**Бейтап айым**	**КРТ Борбору**
Аты-жөнү	Аты-жөнү	Жетекчи
Паспорт	Паспорт	Каттоо №
ИНН	ИНН	ИНН
Дарек	Дарек	Дарек
Колтамга	Колтамга	Колтамга

Карын эне
Аты-жөнү
Паспорт

ИНН
Дарек
Колтамга

№ 2 тиркеме
Кыргыз Республикасынын
Саламаттык сактоо
министрлигинин
«_____»_____
№____буйругуна

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу жаатындагы медициналык документтердин тизмеги:

1. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонууда пациенттин медициналык картасына кошумча барак;
2. Сперматозоид донорунун жеке картасы;
3. Ооцит донорунун жеке картасы;
4. Бейтаптардын криоконсервацияланган сперматозоиддерин эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
5. Криоконсервацияланган донордук сперматозоиддерди эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
6. Бейтаптардын криоконсервацияланган ооциттерин эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
7. Криоконсервацияланган донордук ооциттерди эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
8. Бейтаптардын криоконсервацияланган эмбриондорун эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
9. Криоконсервацияланган донордук эмбриондорду эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналынын формасы;
10. Жатын ичине жасалма инсеминация (ЖИ) жүргүзүү журналынын формасы;
11. Сперматозоиддерди интрацитоплазмалык инъекциялоо (ИКСИ) аркылуу эмбрионду имплантациялоо журналынын формасы;
12. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдуктун формасы;
13. Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кийлигишүүгө жалгыз бой аялдын маалымдалган ыктыярдуу макулдугунун формасы;
14. Эмбрионду(эмбриондорду)/ түйүлдүктү(түйүлдүктөрдү) редукциялоо боюнча операция жасоо жолу менен медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдуктун формасы;
15. Карын эненин маалымдалган ыктыярдуу макулдугунун формасы;
16. Ооциттерди криоконсервациялоого жана сактоого маалымдалган ыктыярдуу макулдуктун формасы.

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонууда пациенттин медициналык картасына киргизүү

Саламаттык сактоо уюмунун аталышы

ОКУД боюнча форма коду _____

ИУРК боюнча уюмдун коду _____

_____

Дарек

_____

Карта № _____ аракет № _____

Ф.А.А. _____, туулган ____жылы

Диагноз: _____

_____

Болжолдонгон көмөкчү репродуктивдик технологиялар (жасалма инсеминация) программасы:

__

__

табигый циклде	күйөөсүнүн (өнөктөшүнүн)	пациент айымдын
овариалдык стимулдаштыруу боюнча	донор спермасы	донор ооцити

(керектүүсүн сызуу керек)

Дарыгер_____ _____

Ф.И.О. подпись

Овариалдык стимулдаштырууга энелик бездеринин жообуна жана эндометрия абалына мониторинг жүргүзүү

Дата	Цикл күнү	Эндометрия (М-эхо)	Оң энелик без (фолликулдардын саны жана	Сол энелик без (фолликулдардын саны жана

			өлчөмү)	өлчөмү)

Эскертүү:

_____

Дарыгер_____ _____

Аты-жөнү колтамга

Энелик бездердин фолликулдарын трансвагиналдык пункциялоо протоколу

Дата	Убакыт	Цикл күнү	
Даттануулар			
Абалы _____ Тери жана көзгө көрүнгөн былжыр чел _____			
Пульс _____ согуу/мин. АД ____/ ____ мм.рт.ст. Т ____ С.			
Фолликулдар пункциясы			
Чекиттүү		Операциянын өзгөчөлүктөрү:	
Жуулган			
Ооциттер			
	Дарыгер:		
Анестезия үчүн колдонмо		АД мм.рт.ст.	Пульс д/мин
		Дарыгер:	

Жасалма инсеминация

Сперма: күйөөсүнүн, донордуку, өнөктөштүкү, криоконсервацияланбаган, криоконсервацияланган (керектүүсүн сызуу керек)

Дарыгер				
	Аты-жөнү		колтамга	

Эки сааттан кийин текшерүү

_____

Ооциттерди жана эмбриондорду культивациялоо

Культивациялоо шарттары,
инсеминация in vitro

Көмөкчү репродуктивдик технологиялар программасы:

Шарш
емби

Дата									
№	Ооцитти баалоо	Уруктандыруу	Майдалоо				Эмбрион көчүрүү	GR	Эскертүү:
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Эскертүүлөр

Эмбриолог

Аты-жөнү колтамга

Жаңы эмбриондорду жатын көңдөйүнө көчүрүү протоколу

Дата		Цикл күнү		Эмбриондор көчүрүлдү	2
Төмөнкүлөргө байланыштуу жокко чыгарылды:					
		Көчүрүү өзгөчөлүктөрү			
		Кайчы кычкач			
		Катетерди алмаштыруу			
		Кайра көчүрүү			
		Дарыгер:			

Татаалдыктар

Энелик бездердин гиперстимуляция синдрому	Жок		Ооба		1 ст.	2 ст.	3 ст.
Башка татаалдыктар:							
Дарылоо	амб.	стац.					

(керектүүсүн белгилөө керек)

Эскертүү:

_____

Дарыгер:_____ _____

Аты-жөнү колтамга

Эмбриондорду/ооциттерди криоконсервациялоо

Криоконсервация датасы			
Тоңдурулган эмбриондордун/ооциттердин саны			
Эмбриондордун/ооциттердин стадиялары жана морфологиялык баасы (талчалар боюнча) (керектүүсүн белгилөө керек)	1. 2. 3.	4. 5. 6.	7. 8. 9.
Криоконсервацияга чейин культивациялоо убактысы			
Криопротектор / Крио чөйрө			
Dьюар/пенал №			
Коддоо/түс			

Эскертүүлөр

_____

Эмбриолог _____ _____

Аты-жөнү колтамга

Криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүү

Эритүү датасы															
Эритилген эмбриондордун саны															
Аман калуу															
Эмбриондордун бөлүнүшү:															
< 50 %															
> 50% 100 %															

Эмбрионду көчүрүү датасы (ЭТ)															
Көчүрүлгөн эмбриондордун саны															
Көчүрүү учурунда эмбриондун өнүгүү стадиялары															

Эскертүүлөр

_____

Эмбриолог _____ _____

Аты-жөнү колтамга

Кош бойлуулуктун диагностикасы

Дата	ЭТдан кийинки күн	Хорионикалык гонадотропин (ХГ)	Ультра үндүү изилдөө (УЗИ)

Дарыгер_____ _____

Аты-жөнү колтамга

Дарылоонун натыйжасы

Кош бойлуулук (УЗИ+, ХГ деңгээли)	Жатындуу (бир нече болсо, көрсөтүү керек)	Жатындан тышкары (УЗИ-, ХГ деңгээли)	Боюна бүткөн эмес (УЗИ-, ХГ деңгээли)	Маалыматтар жок

Аякталган дарылоо цикли жана сунуштар боюнча корутунду

—

—

—

Дата _____

Дарыгер_____ _____
Аты-жөнү колтамга

_____

<1> Датаны көрсөтүү үчүн горизонталдуу уячалар.

<2> Дары препаратын колдонуу жөнүндө белги коюу үчүн горизонталдуу уячалар.

Сперма донорунун жеке картасы
Сперма донорунун анкетасы <1>

Анонимдүү донордун коду

Аты-жөнү _____

Туулган дата

Улуту _____

Расалык таандыгы _____

Паспорт маалыматтары _____

_____

Факт жүзүндө жашаган дареги _____

Байланыш телефон номери _____

Билими Кесиби

_____ _____

Зыяндуу жана/же кооптуу өндүрүштүк факторлорго дуушар болобу

(ооба/жок)

Дуушар
болсо,
кайсын
ысы _____
Үй-бүлөлүк абалы (бойдок/үй-бүлөлүү/ажырашкан)
Балдардын болушу (ооба/жок)
Үй-бүлөдөгү тукум куума оорулар (ооба/жок)
Жаман адаттар:
Чылым чегүү (ооба/жок)
Алкоголдук ичимдиктерди ичүү (жыштыгы _____)/Мен ичпейм)
Дарыгердин рецептисиз баңги каражаттарын жана/же психотроптук заттарды колдонуу (эч качан колдонгон эмес/_____ жыштыгы менен)/ үзгүлтүксүз)

Сифилис, гонорея, гепатит (ооруган эмес/ооруган)

АИВ, гепатит В же С вирусуна анализ тапшырганда оң же аныкталбаган жыйынтыкка ээ болдуңуз беле ? (ооба/жок)

Тери-венерологиялык диспансерде /психиатриялык
диспансерде/наркологиялык диспансерде медициналык
диспансердик көзөмөлдө болгон/ болгон эмес _____
Кайсы
адис
врачта? _____
Фенотиптик белгилер
Бою _____ Салмагы _____
Чач (түз/тармал/кыйырдуу)
Чачтын түсү _____
Көздүн формасы (европалык/азиялык)
Көздүн түсү (көк / жашыл / боз / күрөң / кара)
Мурун (түз/өркөч/коңку/кең)
Бет (тегерек/овалдуу/кууш)
Стигмал
ардын
болушу _____
Маңдай чеке (жазы/кууш/кадыресе)
Кийимдин өлчөмү _____ бут кийим өлчөмү_____
Өзү жөнүндө кошумча
маалымат (толтуруу
үчүн милдеттүү эмес) _____

_____
Акыркы 2
айда кандай _____

ооруларга чалдыккан _____

Сперма донорунун текшерүү картасы

Аноним донордун коду

Аты-жөнү _____

Кандын тобу жана Rh фактору _____ (_____) Rh (_____)

Текшерүү түрү	Дата	Адистин корутундусу/жыйынтыгы
Медициналык - генетикалык текшерүүнүн жыйынтыгы (генетик дарыгердин корутундусу)		Сперманы донорлоого каршы көрсөтмөлөр жок.
Психиатр-нарколог-дарыгердин корутундусу		Наркологиялык диспансерде диспансердик байкоо белгиленген эмес
Психиатр-дарыгердин корутундусу		Психоневрологиялык диспансерде диспансердик байкоо белгиленген эмес
Терапевт-дарыгердин текшерилүүсү (кароо, консультация)		Сперманы донорлоого каршы көрсөтмөлөр жок.
Уролог дарыгердин текшерилүүсү (кароо, консультация)		Сперманы донорлоого каршы көрсөтмөлөр жок.
Спермограмма		
Цитогенетикалык изилдөө (кариотип)		
Кандагы бозомтук трепонемага каршы антителолорду		

аныктоо (Treponema pallidum)		
Кандагы гепатит В вирусунун (В гепатитинин вирусу) беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы гепатит В вирусунун (В гепатитинин вирусу) антигенин (HbsAg) аныктоо, сандык изилдөө		
Кандагы гепатит С вирусуна (гепатит С вирусуна) М жана G класстарынын жалпы антителолорун аныктоо (anti -HCV IgG жана anti -HCV IgM)		
Кандагы адамдын иммундук жетишсиздигинин вирусу-1/2 жана p24 антигенине (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) класстарынын M, G антителолорун аныктоо		

Дарыгердин корутундусу: _____

_____

Дарыгер

Аты-жөнү кол тамга

Дата:

Дарыгердин корутундусу:

Дарыгер

Аты-жөнү кол тамга

Дата:

Сперма донорун медициналык текшерүү календары

Анонимдүү донор коду

Дата: күн, ай, жыл										0	1	2
Терапевт дарыгердин текшерилүүсү (кароо, консультация)												
Уролог дарыгердин												

текшерилүүсү (кароо, консультация)												
Спермограмма												
Цитогенетикалык изилдөө (кариотип)												
Кандын түрү жана Rh фактору												
Кандагы бозомтук трепонемага каршы антителолорду аныктоо (Treponema pallidum)												
Кандагы гепатит В вирусунун (В гепатитинин вирусу) беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы гепатит В вирусунун (В гепатитинин вирусу) антигенин (HbsAg) аныктоо, сандык изилдөө												
Кандагы гепатит С вирусуна (гепатит С вирусуна) М жана G класстарынын жалпы антителолорун аныктоо (anti - HCV IgG жана anti -HCV IgM)												
Кандагы адамдын иммундук												

жетишсиздигинин вирусу-1/2 жана p24 антигенине (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) класстарынын M, G антителолорун аныктоо												

Сперма донорун сурамжылоо барагы

Анонимдүү донор коду

(ар бир сперма тапшыруунун алдында толтурулат)

Аты-жөнү _____

Дата _____ Өзүн сезүүсү (жакшы/жаман/канааттандырарлык)

Даттан уулар (ооба/жок).

Кайсы _____

Акыркы айда кандайдыр бир дары ичкенсизби? Кайсы?

Учурда врачка көрүнүп жатасызбы? Кайсынысы?

Акыркы 6 айда вирустук гепатит менен ооруган адамдар менен байланышта болдуңуз беле?

Акыркы 6 айда кокусунан болгон жыныстык катнашта болдуңуз беле?

Сиз дарыгердин рецептисиз баңги каражаттарын жана/же психотроптук заттарды инъекция жолу менен кабыл алдыңызбы?

Акыркы айда кандай ооруларга кабылдыңыз?

Колтамга _____

<1> Анонимдүү донордук болгон учурда, «аты-жөнү», «туулган датасы» (жылынан тышкары), «паспорт маалыматтары», «факт жүзүндө жашаган дареги», «байланыш телефону» деген графалар толтурулбайт.

Ооцит донорунун жеке картасы
Ооциттер донорунун анкетасы <1>

[ ]
Анонимдүү донор коду

Толтурулган дата «___» _____ 20__-ж.

Аты-жөнү _____

Туулган датасы _____

Улуту _____

Расалык таандыгы _____

Паспорт маалыматтары _____

_____

Факт жүзүндө жашаган дареги _____

Байланыш телефон номери _____

Билими _____ Кесиби - И _____

Зыяндуу жана/же кооптуу өндүрүштүк факторлорго дуушар болгонсузбу (ооба/жок)? Эгер болсо, кайсынысы: _____

Үй-бүлөлүк абалы (бойдок/үй-бүлөлүү/ажырашкан)

Балдардын болушу (ооба/жок). Кичүү баланын курагы _____ жаш

Үй-бүлөдө тукум куума оорулар (ооба/жок), кандай _____

Жаман адаттар:

Чылым чегүү (ооба/жок)

Алкоголдук ичимдиктерди ичүү (жыштыгы _____)/ичпейм)

Дарыгердин рецептисиз баңги каражаттарын жана/же психотроптук заттарды колдонуу (такыр колдонбогом/_____ жыштыгы менен)/ үзгүлтүксүз)

Сифилис, гонорея, гепатит (ооруган эмес/ооруган)

АИВ, гепатит В же С вирусуна анализ тапшырганда оң же аныкталбаган жыйынтыкка ээ болдуңуз беле ? (ооба/жок)

Тери венерологиялык диспансерде /психиатриялык диспансерде/наркологиялык диспансерде диспансердик көзөмөлдө болгон/болгон эмес _____

Фенотиптик мүнөздөмөлөр

Бою _____ Салмагы _____

Чачы (түз/тармал/кыйырдуу)

Чачтын түсү _____

Көздөр (чоң/орто/кичине)

Көздүн формасы (европалык/азиялык)

Көздүн түсү (көк / жашыл / боз / күрөң / кара)

Бет (тегерек/овалдуу/кууш)

Мурун (чоң/орто/кичине)

Мурундун формасы (түз/өркөч/коңку/кең)

Маңдай чеке (жазы/кууш/кадыресе)

Стигмалардын болушу _____

Дене түзүлүшү (нормостеникалык /астениялык/гиперстеникалык)

Кийимдин _____ бут кийим _____ бюстгалтер _____ өлчөмү

Ооциттер донорун текшерүү картасы

Анонимдүү донор коду

Аты-жөнү _____

Кандын түрү жана Rh фактору: _____ (_____) Rh (_____)

Текшерүү түрү	Дата	Адистин корутундусу/жыйынтыгы
Медициналык-генетикалык текшерүүнүн жыйынтыгы (генетик-дарыгердин корутундусу)		Ооцит тапшырууга каршы көрсөтмөлөр жок.

Психиатр-дарыгердин корутундусу		Психоневрологиялык диспансерде диспансердик байкоо белгиленген эмес
Психиатр-нарколог-дарыгердин корутундусу		Наркологиялык диспансерде диспансердик байкоо белгиленген эмес
Терапевт-дарыгердин текшерилүүсү (кароо, консультация).		Ооцит тапшырууга каршы көрсөтмөлөр жок.
Акушер-гинеколог дарыгердин текшерилүүсү (кароо, консультация)		Ооцит тапшырууга каршы көрсөтмөлөр жок.
Электрокардиограмма		
Өпкөнүн флюорографиясы		
Жатынды жана бөлүкчөлөрүн ультра үндүү изилдөө		
Сүт бездерин ультра		

үндүү изилдөө		
Цитогенетикалык изилдөө (кариотип)		
АВО системасы боюнча негизги топторду жана резус системасынын D антигенин аныктоо (Резус фактору)		
Кандагы бозомтук трепонемага каршы антителолорду аныктоо (Treponema pallidum)		
Кандагы кызамык вирусуна (Rubella вирусуна) G (IgG) классынын жана M (IgM) классынын антителолорун аныктоо		

Кандагы гепатит В вирусунун (Hepatitis B virus) беттик антигенине (HBsAg) антителолорду аныктоо же кандагы гепатит В вирусунун (В гепатитинин вирусу) антигенин (HbsAg) аныктоо		
Кандагы гепатит С вирусуна (гепатит С вирусуна) М жана G класстарынын жалпы антителорун аныктоо (anti - HCV IgG жана anti - HCV IgM)		
Кандагы адамдын иммундук жетишсиздигинин вирусу-		

1/2 жана p24 антигенине (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) класстарынын M, G антителорун аныктоо		
Жалпы (клиникалык) кан анализи		
Биохимиялык жалпы терапиялык кан анализи		
Коагулограмма (гемостаз системасынын багыттуу изилдөөсү)		
Заараны жалпы (клиникалык) анализи		
Кындын мазоктору н микроскопиялык изилдөө		
Жатын		

моюнчасынын микроскопиялык үлгүсүн цитологиялык изилдөө (жатын моюнчасынын жана жатын моюнчасынын бетинен алынган мазок)		
Жыныстык жол менен жугуучу инфекциялардын козгогучтары үчүн аялдын жыныс органдарынын былжыр челиндеги секрецияларды молекулярдык биологиялык изилдөө (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia		

trachomatis, Mycoplasma genitalium)		
Айыз циклинин 2-5-күнүндө кандын сыворотка сындагы фолликулду стимулдаштыруучу гормондун деңгээлин изилдөө		
Кандагы антимюллердик гормондун деңгээлин изилдөө		

Акыркы 2 айда кандай ооруларга кабылган _____

_____

Врачтын корутунду су: _____

_____

Аты-жөнү	кол тамга

<1> Анонимдүү донордук болгон учурда, «аты-жөнү», «туулган датасы» (жылынан тышкары), «паспорт маалыматтары», «факт жүзүндө жашаган дареги», «байланыш телефону» деген графалар толтурулбайт

Форма

Бейтаптардын криоконсервацияланган сперматозоиддерин эсепке алуу, сактоо жана пайдалануу журналы

к/б	Пациенттин аты-жөнү	Сперманы жеткирүү		Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Крио кампадагы сактоочу жай	Сперма пропорциясынын саны	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Сперманы эритүү датасы	Сперманы керектөө			Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы
		сперманы тапшыруу күнү	спермограмма						сарпталган сперматозоиддердин саны	эриген сперматозоид тестинин жыйынтыгы	криоконсервацияланган сперматозоиддердин калган бөлүктөрүнүн саны	

Форма

КРИОКОНСЕРВАЦИЯЛАНГАН ДОНОРДУК СПЕРМАТОЗОИДДЕРДИ ЭСЕПКЕ АЛУУ, САКТОО ЖАНА КОЛДОНУУ ЖУРНАЛЫ

Анонимдүү донор коду

к/б	Сперма донорун № (коду)	Сперманы жеткирүү		Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Крио кампадагы сактоочу жай	Сперма пропорциясынын саны	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Сперманы эритүү датасы	Сперманы керектөө	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	
		спермат озоид тапшыр уу күнү	спермогр амма						сарпталган сперматозоиддердин саны	эриген сперматозоид тестинин жыйынтыгы	криоконсервацияланган сперматозоиддердин калган бөлүктөрүнүн саны

Форма

АЯЛДАРДЫН КРИОРЕЗЕРВЕНГЕН ООЦИТТЕРИН ЭСЕПКЕ АЛУУ, САКТОО ЖАНА КОЛДОНУУ ЖУРНАЛЫ

к/б	Пациенттин аты-жөнү	Амбулатордук бейтаптын медициналык картасынын №	Криоконсервация датасы	Ооциттердин саны	Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Ооциттердин сакталган жери	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Дата	Эриген ооциттердин саны	Калган ооциттердин саны	Ооциттердин көбөйтүлгөн саны/урукталган саны	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы

Форма

КРИОКОНСЕРВАЦИЯЛАНГАН ДОНОРДУК ООЦИТТЕРДИН ЭСЕПКЕ АЛУУ, САКТОО ЖАНА КОЛДОНУУ ЖУРНАЛЫ

к/б	ооцит донорунун № (код)	Ооциттин келиши					Ооциттердин чыгымы			Амбулатордук пациенттин (реципиенттин) медициналык номери	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы
		Ооциттерди чогултуу датасы	Ооциттердин саны	Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Ооциттердин сакталган жери	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Инсемин ация датасы	Эриген ооциттердин саны	Эриген ооциттердин сапаты		

Форма

Пациенттердин криоконсервацияланган эмбриолорун эсепке алуу, сактоо жана колдонуу журналы

к/б	Бейтаптын аты-жөнү	Амбулатордук бейтаптын медициналык карта № <1>	Криоконсервация датасы	Эмбриондордун саны	Эмбриондун өнүгүү суткасы	Эмбриондун стадиясы жана сапаты /баалоо	Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Эмбриондордун сакталган жери	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Дата	Эриген эмбриондордун саны	Эриткенден кийинки эмбриондордун сапаты	Көчүрүлгөн эмбриондордун саны	Калган эмбриондордун саны	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы

Форма

Криоконсервацияланган донордук эмбриондорду эсепке алуу, сактоо жана колдонуу журналы

к/б	Эмбриондор үчүн ооцит донорунун №(коду).	Эмбриондор үчүн сперма донорунун № (коду)	Криоконсервация датасы	Эмбриондордун саны	Эмбриондун өнүгүү суткасы	Эмбриондун стадиясы жана сапаты /баалоо	Криоконсервациянын түрү жана чөйрөсү	Эмбриондордун сакталган жери	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы	Дата	Эриген эмбриондордун саны	Эриткенден кийинки эмбрион дордун сапаты	Көчүрүлгөн эмбриондордун саны	Калган эмбрион дордун саны	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы

Форма

Жасалма уруктандыруу (аи) жазуу журналы

Дата	Бейтап айымдын аты-жөнү	Амбулатордук шартта медициналык жардам алган	Донордун номери	Донордук/гомологдук сперматозоид	Тоңдурулган/ криоконсервацияланбаган сперматозоид	Спермограмма	ИОСД процедуралары өткөрүлдү

		бейтаптын медициналык картасынын / амбулатордук бейтаптын картасынын №					

Форма

Сперматозоидди интерцитоплазмалык инъекция аркылуу эмбрионду имплантациялоону эсепке алуу журналы (ИКСИ)

Дата	Бейтап айымдын аты-жөнү	Амбулатордук шартта медициналык жардам алган бейтаптын медициналык картасынын / амбулатордук бейтаптын картасынын №	Донордун номери	Донордук/гомологдук сперматозоид	Тоңдурулган/ криоконсервацияланбаган сперматозоид	Спермограмма	ИОСД процедуралары өткөрүлдү	Эмбриологдун аты-жөнү, колтамгасы

Форма

Көмөкчү репродуктивдик технологияларды колдонуу менен медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдук

Мен
Биз,_____
(Аты-жөнү, туулган жылы)

Көмөкчү репродуктивдик технологиялардын (КРТ) программасын колдонуу менен бизге тукумсуздукту дарылоону камсыз кылууну суранабыз (керектүүсүн көрсөтүү зарыл):

- экстракорпоралдык уруктандыруу (ЭКУ);
- жумурткага сперматозоид киргизүү жолу менен экстракорпоралдык уруктандыруу (ИКСИ);
- физиологиялык интрацитоплазмалык сперматозоиддерди киргизүү (ПИКСИ);
- төмөнкүлөрдү колдонуу менен жасалма инсеминация (ЖИ):
  - криоконсервацияланган/криоконсервацияланбаган сперматозоид;
  - криоконсервацияланган/криоконсервацияланбаган ооциттер;
  - криоконсервацияланган/криоконсервацияланбаган эмбриондор.

Эмбриондордун/ооциттердин имплантацияга чейинки генетикалык тестин өткөрүүнү суранабыз.

Бизге ЭКУ/ИКСИ/ЖИ программасы менен дарылоонун тартиби түшүндүрүлдү жана төмөнкүлөр белгилүү болду:

– кош бойлуу болгонго чейин дарылоо бир нече жолу талап кылынышы мүмкүн;

– дарылоо процессинде мурда белгисиз факторлор аныкталып, алардан улам дарылоонун планын же ыкмасын өзгөртүү зарылчылыгы келип чыгышы, дарылоо натыйжасыз болуп калышы мүмкүн;

– көмөкчү репродуктивдик технологиялардын жардамы менен тукумсуздукту жеңүү өз алдынча түйүлдүктүн тубаса ооруларынын пайда болуу коркунучун көбөйтпөйт, бирок азайтпайт дагы;

– криоконсервациялангандан жана эритилгенден кийин сперма/ооциттер/эмбриондор уруктандыруу/жайгаштыруу үчүн жараксыз болушу мүмкүн;

– бүгүнкү күнгө чейин илимде жана медициналык практикада жыныс клеткаларын/эмбриондорду тоңдуруу/эритүү төрөлө элек баланын ден соолугу үчүн кандайдыр-бир зыяндуу таасир бербестиги жөнүндө абсолюттук түрдө тыянак чыгаруу үчүн жетиштүү сандагы байкоолор жок..

Дарылоонун эң жакшы натыйжаларына жетүү үчүн өндүрүүчү дары препараттарынын аннотациясында аларды колдонуу боюнча көрсөткүч катары тукумсуздукту көрсөтпөгөн же колдонуу боюнча каршы көрсөткүч

катары кош бойлуулукту көрсөткөн дары препараттары пайдаланылышы мүмкүн экендиги дарыгер тарабынан бизге түшүндүрүлдү.

Бул препараттарды колдонуунун пайдалары жана мүмкүн болуучу тобокелдиктери мага түшүнүктүү болду. Бул препараттарды пайдалануга (биз):

☐ макулдук беребиз ☐ макулдук бербейбиз.

Биздин ден соолугубуздун абалы, биздин үй-бүлөбүздөгү тукум куучулук, жугуштуу жана башка оорулар жөнүндө бизге белгилүү болгон бардык маалыматтарды дарыгерге баяндап бергенибизди билдиребиз.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйругунун талаптарына ылайык медициналык кароодон өтүүгө, текшерүү жана дарылоонун мөөнөттөрүн жана графигин так сактоого, жазып берген дары препараттарын гана колдонууга милдеттенебиз.

Белгисиз факторлор чыгып калышынан улам дарылоо планы же ыкмасы өзгөрүшү мүмкүн экендиги бизге маалымдалды жана биз өз каражатыбыздын эсебинен КРТ үчүн кошумча процедураларга макулбуз.

Бизге бирден ашык аракет талап кылынары, балким, натыйжалуулукту төмөндөтүүчү жогорку тобокелдиктерден (эндометриянын гиперплазиясы, эндометриялык гипоплазия, СГЯ, ар кандай локализациядагы курч сезгенүү ж.б.) улам кийинкиге калтырылган мезгилге криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүү зарыл экендиги маалымдалды.

ЭКУ/ИСКИ/ЖИ программасы менен дарылоодо процедурадан (кан кетүү, сезгенүү, чектеш органдардын жабыркашы) жана энелик бездин иштешине таасир этүүчү дары препараттарын колдонуудан (жумуртка безинин гиперстимуляциясынын синдрому, энелик бездердин кармалуу кисталарынын пайда болушу, аллергиялык реакциялар жана алардын өндүрүүчүсү белгилеген дары препараттарынын башка терс таасирлери) келип чыккан кыйынчылыктар болушу мүмкүн экендиги бизге эскертилди.

ЭКУ процедураларында супер овуляция методу колдонулары, алынган жумуртка клеткалары толук эмес же жандуу эмес болуу мүмкүндүгү, уруктанган жумуртка клеткаларынын фрагментациясы токтотулары бизге эскертилди.

Ошондой эле, эгерде жубайлардын бири жугуштуу вирустук же венерикалык оорулар менен ооруп калса, ЭКУ программасы токтотулушу мүмкүн экендиги эскертилди. Эгерде бул кыйынчылыктар эмбрионду көчүрүүдөн кийин пайда болсо, КРТ Борбору кош бойлуулуктун жүрүшүнө, анын жыйынтыгына жана төрөлгөн баланын ден соолугуна жооп бербейт.

ЭКУ методу менен дарылоодо кан агуу, сезгенүү, чектеш органдардын жабыркашы, СГЯ, энелик бездердин кисталарынын пайда болушу, аллергиялык реакциялар жана дарылардын терс таасирлери сыяктуу кыйынчылыктар болушу мүмкүн экендиги маалымдалды.

Дарылоонун натыйжасында пайда болгон кош бойлуулук жатындан тышкары, көп түйүлдүктүү болуп, кош бойлуулуктун ар кандай

стадиясында токтотулушу мүмкүн экенин билебиз. Көп түйүлдүктүү кош бойлуулук болгон учурда, биз акушердик кыйынчылыктардын коркунучун жана ашыкча түйүлдүктү азайтуу зарылдыгын түшүнөбүз. ЭКУдан кийин балдарда тубаса кемтиктердин жана тукум куума оорулардын жыштыгы жалпы калктын жыштыгынан айырмаланбайт деген маалымат бизге берилген. КРТ методдору менен дарылангандан кийин бала төрөлгөн учурда, биз төрөлө элек балага карата аны тарбиялоо жана багуу боюнча ата-энелик укуктарды жана милдеттерди алууга милдеттенебиз.

Биз медициналык жардам көрсөтүүнүн максаттары, методдору, алар менен байланышкан тобокелдиктер, медициналык кийлигишүүнүн мүмкүн болгон варианттары, анын кесепеттери, ошондой эле күтүлгөн натыйжалар жөнүндө медициналык адистер тарабынан бизге берилген процедуралар тууралуу маалыматты кылдаттык менен окуп чыкканыбызды жана түшүнгөнүбүздү ырастайбыз. Бизди кызыктырган же бул жаатта түшүнбөгөн бардык суроолорду врач менен талкуулоого мүмкүнчүлүк болду. Бардык берилген суроолорго канааттандырарлык жооп алдык.

ЭКУ/ИСКИ/ЖИ программаларынан кийин калган биздин жыныстык клеткаларды/эмбриондорду (тиешелүүсүн тегеректеш керек): криоконсервациялоону, утилизациялоону, КРТ Борборунун карамагына өткөрүп берүүнү суранабыз. Биз донордун инсандыгын аныктабоого жана ага аракет кылбоого, донордук биоматериалдарды колдонууда өнүгүүсүнүн аномалиялары бар же биздин улуттан айырмаланган фенотиптик мүнөздөмөсү байкалган бала төрөлгөндө КРТ борборунун кызматкерлерине доомат койбоого милдеттенебиз.

Биз Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык жеке маалыматтарды чогултууга жана иштетүүгө макулбуз. Биздин чечим эркин жана КРТны колдонуу аркылуу дарылоодон өтүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдукту билдирет.

Кол тамгалар

Дарыгер _____ _____

Аты-жөнү Кол тамга

Дата: _____

Форма

Жалгыз бой аял үчүн көмөкчү репродуктивдик технологияларын колдонуу менен медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдук

Мен, _____

(Аты-жөнү, туулган жылы)

Көмөкчү репродуктивдик технология (КРТ) программасын колдонуу менен тукумсуздукту дарылоону суранам (керектүүсүн белгилөө зарыл):

 экстракорпоралдык уруктандыруу (ЭКУ);

 жумурткага сперматозоид киргизүү жолу менен экстракорпоралдык уруктандыруу (ИКСИ);

 физиологиялык интрацитоплазмалык сперматозоиддерди киргизүү (ПИКСИ);

 төмөнкүлөрдү колдонуу менен жасалма инсеминация (ЖИ):

Дарылоону (керектүүсүн белгилөө зарыл): менин ооциттеримди, мен өз ыктыярым менен тандаган донордук овоциттерди, мен өз ыктыярым менен тандаган донордук сперматозоидимди колдонууну менен жүргүзүүнү суранам.

Эмбриондордун/ооциттердин имплантацияга чейинки генетикалык тестин өткөрүүүнү суранабыз.

Мага ЭКУ/ИКСИ/ЖИ программасы менен дарылоонун тартиби түшүндүрүлдү жана белгилүү болду:

- кош бойлуу болгонго чейин дарылоо бир нече жолу талап кылынышы мүмкүн;

- дарылоо процессинде мурда белгисиз факторлор аныкталып, алардан улам дарылоонун планын же ыкмасын өзгөртүү зарылчылыгы келип чыгышы, дарылоо натыйжасыз болуп калышы мүмкүн;

- көмөкчү репродуктивдик технологиялардын жардамы менен тукумсуздукту жеңүү өз алдынча түйүлдүктүн тубаса ооруларынын пайда болуу коркунучун көбөйтпөйт, бирок азайтпайт дагы;

- криоконсервациялангандан жана эритилгенден кийин сперма/ооциттер/эмбриондор уруктандыруу/жайгаштыруу үчүн жараксыз болушу мүмкүн;

- бүгүнкү күнгө чейин илимде жана медициналык практикада жыныс клеткаларын/эмбриондорду тоңдуруу/эритүү төрөлө элек баланын ден соолугу үчүн кандайдыр-бир зыяндуу таасир бербестиги жөнүндө абсолюттук түрдө тыянак чыгаруу үчүн жетиштүү сандагы байкоолор жок..

Дарылоонун эң жакшы натыйжаларына жетүү үчүн өндүрүүчү дары препараттарынын аннотациясында аларды колдонуу боюнча көрсөткүч катары тукумсуздукту көрсөтпөгөн же колдонуу боюнча каршы көрсөткүч катары кош бойлуулукту көрсөткөн дары препараттары пайдаланылышы мүмкүн экендиги дарыгер тарабынан бизге түшүндүрүлдү.

Бул препараттарды колдонуунун пайдалары жана мүмкүн болуучу

тобокелдиктери мага түшүнүктүү болду. Бул препараттарды пайдаланууга (биз):

☐ макулдук беребиз ☐ макулдук бербейбиз.

Менин ден соолугумдун абалы, үй-бүлөбүздөгү тукум куучулук, жугуштуу жана башка оорулар жөнүндө бизге белгилүү болгон бардык маалыматтардыдарыгерге баяндап бергенибизди билдиребиз.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйругунун талаптарына ылайык медициналык кароодон өтүүгө, текшерүү жана дарылоонун мөөнөттөрүн жана графигин так сактоого, жазып берген дары препараттарын гана колдонууга милдеттенем, белгисиз факторлор чыгып калышынан улам дарылоо планы же ыкмасы өзгөрүшү мүмкүн жана биз өз каражатымдын эсебинен КРТ үчүн кошумча процедураларга макулмун, бирден ашык аракет талап кылынат, балким, натыйжалуулукту төмөндөтүүчү жогорку тобокелдиктерден (эндометриянын гиперплазиясы, эндометриялык гипоплазия, СГЯ, ар кандай локализациядагы курч сезгенүү ж.б.) улам кийинкиге калтырылган мезгилге криоконсервацияланган эмбриондорду көчүрүү зарыл.

ЭКУ/ИСКИ/ЖИ программасы менен дарылоодо процедурадан (кан кетүү, сезгенүү, чектеш органдардын жабыркашы) жана энелик бездин иштешине таасир этүүчү дары препараттарын колдонуудан (жумуртка безинин гиперстимуляциясынын синдрому, энелик бездердин кармалуу кисталарынын пайда болушу, аллергиялык реакциялар жана алардын өндүрүүчүсү белгилеген дары препараттарынын башка терс таасирлери) келип чыккан кыйынчылыктар болушу мүмкүн экендиги бизге эскертилди.

Мага Саламаттыкты сактоо министрлигинин буйругунун талаптарына ылайык дарылоонун ыкмасы жана тартиби, донордук сперматозоид же ооциттерди колдонууда текшерүүдөн өтүү, дарылоонун мөөнөттөрүн жана режимдерин так сактоо зарылдыгы, дарылоонун планын же ыкмасын өзгөртө турган белгисиз факторлор аныкталышы мүмкүндүгү, эффективдүүлүгү бир гана 30-40 пайызга чейин, бирден ашык аракет болушу мүмкүндүгү түшүндүрүлдү.

ЭКУ процедураларында супер овуляция методу колдонулары, алынган жумуртка клеткалары толук эмес же жандуу эмес болуу мүмкүндүгү, уруктанган жумуртка клеткаларынын фрагментациясы токтотулары, эгерде жубайлардын бири жугуштуу вирустук же венерикалык оорулар менен ооруп калса, ЭКУ программасы токтотулушу мүмкүн экендиги, бул кыйынчылыктар эмбрионду көчүрүүдөн кийин пайда болгон учурда, КРТ Борбору кош бойлуулуктун жүрүшүнө, анын жыйынтыгына жана төрөлгөн баланын ден соолугуна жооп бербейт.

ЭКУ методу менен дарылоодо кан агуу, сезгенүү, чектеш органдардын жабыркашы, СГЯ, энелик бездердин кисталарынын пайда болушу, аллергиялык реакциялар жана дарылардын терс таасирлери сыяктуу кыйынчылыктар болушу мүмкүн экендиги маалымдалды.

Дарылоонун натыйжасында пайда болгон кош бойлуулук жатындан

тышкары, көп түйүлдүктүү болуп, кош бойлуулуктун ар кандай стадиясында токтотулушу мүмкүн экени мага белгилүү. Көп түйүлдүктүү кош бойлуулук болгон учурда, мен акушердик кыйынчылыктардын коркунучун жана ашыкча түйүлдүктү азайтуу зарылдыгын түшүнм. ЭКУдан кийин балдарда тубаса кемтиктердин жана тукум куума оорулардын жыштыгы жалпы калктын жыштыгынан айырмаланбайт деген маалымат мага берилген.

КРТ методдору менен дарылангандан кийин бала төрөлгөн учурда, ментөрөлө элек балага карата аны тарбиялоо жана багуу боюнча ата-энелик укуктарды жана милдеттерди алууга милдеттенем.

Мен медициналык жардам көрсөтүүнүн максаттары, методдору, алар менен байланышкан тобокелдиктер, медициналык кийлигишүүнүн мүмкүн болгон варианттары, анын кесепеттери, ошондой эле күтүлгөн натыйжалар жөнүндө медициналык адистер тарабынан мага берилген процедуралар тууралуу маалыматты кылдаттык менен окуп чыкканымды жана түшүнгөнүмдү ырастайбыз.

Мени кызыктырган же бул жаатта түшүнбөгөн бардык суроолорду врач менен талкуулоого мүмкүнчүлүк болду. Бардык берилген суроолорго канааттандырарлык жооп алдым.

ЭКУ/ИСКИ/ЖИ программаларынан кийин калган менин ооциттеримди/эмбриондорумду (тиешелүүсүн тегеректеш керек): криоконсервациялоону, утилизациялоону, КРТ Борборунун карамагына өткөрүп берүүнү суранам.

Мен донордун инсандыгын аныктабоого жана ага аракет кылбоого, өнүгүүсүнүн аномалиялары бар же биздин улуттан айырмаланган фенотиптик мүнөздөмөсү байкалган бала төрөлгөндө КРТ борборунун кызматкерлерине доомат койбоого милдеттенем. Мен Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык жеке маалыматтарды чогултууга жана иштетүүгө макулмун. Менин чечимим эркин жана КРТны колдонуу аркылуу дарылоодон өтүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдукту билдирет.

Колтамгалар

Дарыгер _____ _____

Аты-жөнү колтамга

\

Форма

Эмбрионду(дорду)/түйүлдүктү(төрдү) редукциялоо операциясын жүргүзүү аркылуу медициналык кийлигишүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдук

Мен._____

Аты-жөнү, туулган жылы

менин көп түйүлдүктүү кош бойлуулугума байланыштуу кош бойлуулуктун жоголуп кетүү коркунучу жогору болгондуктан, мен _____ эмбрионду(дорду)/түйүлдүктү(төрдү) редукциялоо боюнча операция жасоо менен медициналык кийлигишүүгө ыктыярдуу макулдук берем.

Медицина кызматкери_____

(кызмат орду, медициналык кызматкердин аты–жөнү)

тарабынан медициналык жардам көрсөтүүнүн максаттары, ыкмалары, алар менен байланышкан тобокелдиктер, медициналык кийлигишүүлөрдүн мүмкүн болгон варианттары, алардын кесепеттери, анын ичинде татаалдашуу ыктымалдыгы, ошондой эле медициналык жардамдын күтүлгөн натыйжалары мага түшүнүктүү формада түшүндүрүлдү. Мага эмбрионду(дорду)/түйүлдүктү(төрдү) редукциялоо операциясы кош бойлуулуктун токтотулушуна алып келиши мүмкүн экендиги жөнүндө маалымат берилди.

Мен дарыгерлердин жана медициналык персоналдын көзөмөлүнөн тышкаркы себептерден улам, жатын ичине операциялык кийлигишүүнүн натыйжасында төмөнкүдөй татаалдашуулардын өнүгүшүн түшүнөм: кан агуу; жугуштуу жана септикалык оорулар; инъекциялык препараттарга аллергиялык реакциялар; интенсивдүү терапияны жана/же пландаштырылбаган операцияны талап кылышы мүмкүн болгон тромбоэмболиялык татаалдыктар (жатынды жана анын бөлүкчөлөрүн алып салууга чейин).

Мен медициналык кызматкерге өзүмдүн ден соолугумдун абалы, үй–бүлөмдөгү тукум куучулук, венерикалык, психикалык жана башка оорулар жөнүндө мага белгилүү болгон бардык маалыматтарды бергенимди билдирем.

Медициналык кийлигишүүнүн максаттары, ыкмалары, алар менен байланышкан тобокелдиктер, медициналык кийлигишүүнүн мүмкүн болуучу варианттары, анын кесепеттери жана күтүлгөн натыйжалар жөнүндө медициналык адис тарабынан мага берилген процедура жөнүндө бардык маалыматты кылдат окуп чыкканымды жана түшүнгөнүмдү тастыктайм; бул жаатта мени кызыктырган же түшүнбөгөн суроолордун баарын медициналык адис менен талкуулоого мүмкүнчүлүк болду. Берилген бардык суроолорго канааттандырарлык жооп алдым. Менин чечимим эркин жана бул процедурадан өтүүгө ыктыярдуу макулдугумду

билдирет.

Мага «Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө» Кыргыз Республикасынын 2024-жылдын 12-январындагы №14 Мыйзамынын 69-беренесинин 2-пунктунда каралгандан башка учурларда, медициналык кийлигишүүдөн баш тартууга же аны (аларды) токтотууну талап кылууга укугум бар экени түшүндүрүлдү. Менин ден соолугум тууралуу маалымат ачыкка чыгышы мүмкүн болгон мен тандаган адамдар жөнүндө маалымат:

_____
(Жарандын аты-жөнү, байланыш телефону)

Дарыгер _____Дата_____

Форма

Карын эненин маалымдалган ыктыярдуу макулдугу

Мен

_____

(Аты-жөнү, туулган жылы)

Карын эне болуу каалоомду өз ыктыярым менен билдирем. _____ (КРТ Борбору) тарабынан белгиленген көлөмдө медициналык текшерүүдөн өтүүгө милдеттенем жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйругунун талаптарына ылайык менин ден соолугумдун абалы, үй-бүлөмдөгү тукум куучулук, венерикалык, психикалык жана башка оорулар жөнүндө мага белгилүү болгон бардык маалыматтарды КРТ Борборунун врачына баяндап бергенимди билдирем. Бул маалыматтар жана менин текшерүүдөн өткөн жыйынтым мага жана буюртмачы жубайларга билдирилерин түшүнөм.

Мага ЭКУ процедураларынын методикасы жана процедура тартиби түшүндүрүлдү жана мага төмөнкүлөр түшүнүктүү болду: бул бир нече аракетти талап кылат, кош бойлуулук эктопиялык болушу мүмкүн, эмбрионду өткөрүп берүү аракети ийгиликсиз болушу мүмкүн, текшерүү жана дарылоо режимин так сактоо керек, белгиленген дары преапараттарын гана колдонуу керек, баш тарткан учурда буюртмачыларга төлөп берүү жана ЭКУ процессине байланыштуу чыгымдардын ордун толтуруу керектиги, дарылоонун планы же ыкмасы өзгөргөндүктөн ЭКУ методу менен дарылоонун натыйжалуулугу орто эсеп менен 40 пайызды түзөрү.

Эгерде бул мезгилде мен катуу кармаган жугуштуу оору менен ооруп калсам, ЭКУ программасы токтоосуз токтотулуп, эмбрионду өткөрүп бергенден кийин мындай кыйынчылыктар пайда болгон учурда КРТ Борбору кош бойлуулуктун жүрүшүнө, анын жыйынтыгына жана төрөлгөн баланын ден соолугуна жоопкерчилик тартпай тургандыгы эскертилди.

Мага ЭКУ методу менен дарылоодо процедурадан улам келип чыккан кыйынчылыктар болушу мүмкүн экенин маалымдалды – кан агуу, сезгенүү, кошуна органдардын жабыркашы. Көп түйүлдүктүү кош бойлуулук болгон учурда, мен акушердик кыйынчылыктардын коркунучун жана ашыкча түйүлдүктү азайтуу керектигин түшүнөм.

Даярдоо мезгилинде (14 күн) жана трансплантациядан кийин (20 күн) жубай/өнөктөш менен жыныстык мамилелерди жокко чыгара тургандыгымды маалымдайм. Мен бардык маалыматты кунт коюп окуп чыктым жана түшүндүм, бардык түшүнүксүз суроолорду талкуулоо мүмкүнчүлүгүнө ээ болдум жана бардык берилген суроолорго канааттандырарлык жооп алдым. Менин чечимим эркин жана КРТ Борборунда ЭКУ процедурасынан өтүүгө негизделген макулдукту билдирет.

Медициналык жардам көрсөтүүнүн максаттары, ыкмалары, алар менен байланышкан тобокелдиктер, медициналык кийлигишүүнүн мүмкүн болгон варианттары, анын кесепеттери, ошондой эле күтүлгөн натыйжалар

жөнүндө медициналык адистер тарабынан мага берилген процедура жөнүндө бардык маалыматты кылдат окуп чыкканымды жана түшүнгөнүмдү ырастайм.

Мен Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык жеке маалыматтарды чогултууга жана иштетүүгө макулмун. Менин чечимим эркин жана суррогат эне катары ЭКУдан өтүүгө ыктыярдуу макулдугумду билдирет.

Колтамгалар _____ Дарыгер_____ _____

_____ Аты-жөнү.

Дата: _____

Форма

Ооциттерди криоконсервациялоого жана сактоого маалымдалган ыктыярдуу макулдук

Мен _____

_____

(Аты-жөнү, туулган жылы)

мен ыктыярдуу макулдугум боюнча _____ (КРТ Борборунда) менин ооциттеримди _____ мөөнөткө тоңдуруп, сактоосун суранам.

Мен өзүмдүн ден соолугумдун абалы, тукум куучулук, венерикалык, психикалык жана башка оорулар боюнча мага белгилүү болгон бардык маалыматтарды баяндап бергенимди билдирем.

Тоңдуруунун натыйжасында ооциттердин сапаттык мүнөздөмөлөрү өзгөрүп, эригенден кийин алар жарактуулугун жоготуп коюшу мүмкүн экенин мага маалымдашты. Мага процедуралар түшүндүрүлдү, мен прейскурантка ылайык криоконсервация акысын төлөөгө, ооциттерди криоконсервациялоо эрежелерин жана шарттарын так сактоого, дарылоо режимдерин так сактоого жана жазылган дарыларды гана колдонууга макулмун.

Фолликулага пункция жүргүзүү учурунда жумуртка клеткалар жок болушу, жумуртка клеткалары толук эмес же жансыз болушу мүмкүн экендиги мага эскертилди.

Фолликул пункциясын жокко чыгаруу курч оорулар болгондо, энелик бездерди стимулдаштырууда татаалдашуулар, дары-дармектерди колдонууда татаалдашууларда (СГЯ, энелик кисталар, аллергиялык реакциялар, башка терс таасирлер), фолликул пункциясы учурундагы татаалдашуулар ыктымалдыгы, ошондой эле форс-мажордук кырдаалдарда ооциттерди сактоо шарттары бузулушу мүмкүн экендиги жана мындай учурларда ооциттердин өлүмү үчүн КРТ Борбору жоопкечилик тартпай тургандыгы эскертилди.

Мен маалыматты кунт коюп окуп, түшүнгөнүмдү, түшүнүксүз жана мени кызыктырган бардык суроолорду талкуулоого мүмкүнчүлүк алганымды жана мени канааттандырган жоопторду алганымды ырастайм.

Мен Кыргыз Республикасынын мыйзамдарына ылайык жеке маалыматтарды чогултууга жана иштетүүгө макулмун.

Менин чечимим эркин жана бул процедурадан өтүүгө маалымдалган ыктыярдуу макулдугумду билдирет.

Дарыгер _____ _____

Аты-жөнү Кол тамга

Кол тамгалар (чечмелөө) _____

Дата: _____

Приложение № 1
к приказу МЗ КР №__ __
от «_____» _____2025г.

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий

I. Общие нормы

1. Настоящий Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий (далее-Порядок) устанавливает правила и условия использования вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ) на территории Кыргызской Республики, а также противопоказания и ограничения к их применению.

2. ВРТ - 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). Методы искусственного оплодотворения с применением ВРТ:

1) внутриматочная искусственная инсеминация (далее - ИИ);

2) экстракорпоральное оплодотворение (далее -ЭКО);

3) имплантация эмбриона через интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (далее - ИКСИ);

4) имплантация криоконсервированного эмбриона.

3. Медицинская помощь с использованием ВРТ оказывается на платной основе согласно договору об оказании медицинских услуг с применением ВРТ в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, а также, в частных организациях здравоохранения, имеющие лицензию Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (далее - МЗ КР) на оказание услуг с применением ВРТ.

Положение о деятельности организаций здравоохранения в области вспомогательных репродуктивных технологий, рекомендуемые штатные нормативы, рекомендуемые стандарты оснащения центра вспомогательных репродуктивных технологий прилагаются к данному порядку.

4. Выбор организации здравоохранения для получения медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется пациентом.

II. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ

5. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ проводится на основе договора об оказании медицинских услуг с применением ВРТ (образец

прилагается) и информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство по форме, утвержденной МЗ КР.

6. Обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на основе клинического руководства с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденной МЗКР.

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ прилагаются настоящему Порядку.

7. Рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет не более 6 месяцев с момента обращения пациентов в организацию здравоохранения по поводу бесплодия.

8. Показаниями для проведения искусственного оплодотворения (далее - ИО) с использованием ВРТ являются:

- любые формы бесплодия, не поддающегося лечению 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;
- состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении ВРТ выше, чем при применении других методов;
- трубное бесплодие, связанное с отсутствием обеих маточных труб;
- бесплодие неясного генеза продолжительностью более 12 месяцев, установленное после использования всех современных методов обследования;
- отсутствие яичников или яйцеклеток;
- сочетанные или комбинированные факторы бесплодия;
- необходимость проведения криоконсервации ооцитов и (или) эмбрионов по желанию пациентки или по медицинским показаниям;
- привычное невынашивание беременности (в том числе с использованием программы суррогатного материнства);
- необходимость проведения преимплантационного генетического скрининга (диагностики) для снижения риска передечи генетического заболевания ребенку;
- желание пациентов (при отсутствии медицинских противопоказаний).
- перитонеальное бесплодие, обусловленное окклюзией маточных труб (единственной оставшейся трубы), спаечным процессом в малом тазу, при бесперспективности дальнейшего консервативного и хирургического лечения;
- эндокринное бесплодие, при отсутствии эффекта от гормонотерапии в течение 6-12 месяцев;
- бесплодие, обусловленное эндометриозом органов малого таза, при безуспешности применения консервативных методов лечения в течение 12 месяцев;
- мужское бесплодие, не поддающееся лечению в течение 6 месяцев;

- сочетание форм бесплодия, указанных в настоящем пункте.

9. Базовой программой ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО). Программа ЭКО состоит из следующих этапов:

1) овариальная стимуляция;

2) пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;

3) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

4) культивирование эмбрионов;

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

6) криоконсервация эмбрионов (при наличии показаний, предусмотренных пунктом 31 настоящего Порядка);

7) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

8) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

9) поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;

10) диагностика беременности.

10. При наличии показаний, предусмотренных пунктом 34 настоящего Порядка, программа ЭКО дополняется следующим этапом:

а) криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

11. Показаниями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются так же:

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

- сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности ИИ);

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

12. Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий предусмотрен в приложении к настоящему Порядку.

13. Ограничениями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

- снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках) (перенос криоконсервированных эмбрионов возможен);

- состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы;

- состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;

- острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

14. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом.

15. 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.

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

17. Пациенты, имеющие высокий риск рождения детей с наследственными заболеваниями, подтвержденный результатами генетического обследования одного или обоих родителей, и нуждающиеся в проведении ПГТ, направляются для применения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов независимо от статуса фертильности.

18. Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием программы ЭКО является доля (% от числа пролеченных) женщин, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования.

19. Решение о дальнейшей тактике (донорство, криоконсервация, утилизация) в отношении неиспользованных при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ половых клеток и эмбрионов принимают лица, которым принадлежат половые клетки и/или эмбрионы, путем заключения гражданско-правовых договоров.

20. Операция редукции эмбриона(ов) проводится в целях профилактики осложнений во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанных с многоплодием. Медицинское показание для редукции - многоплодная беременность.

21. Выбор сохраняемых и подлежащих редукции эмбрионов определяется женщиной до 12 недель беременности, с учетом рекомендаций лечащего врача.

22. Абсолютными противопоказаниями для проведения редукции эмбриона являются острые воспалительные заболевания любой локализации. Относительным противопоказанием для проведения редукции эмбриона является угроза прерывания беременности.

23. Редукция возможно только при наличии информированного

добровольного согласия на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов)

24. На пациентов, которым проводится программа ЭКО, оформляется вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях или карту стационарного больного, или карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации по форме, предусмотренной Перечнем медицинских документов в области использования вспомогательных репродуктивных технологий.

25. Организация здравоохранения, оказавшая услуги с применением ВРТ выдает справку установленной формы. Справка может быть оформлена в виде документа на бумажном носителе или в формате электронного документа.

26. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ пациенты могут повторно направляться для выполнения криопереноса эмбриона или повторного проведения программы ВРТ.

27. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются:

- обструктивная азооспермия;
- эякуляторная дисфункция, в том числе ретроградная эякуляция.
- 100% некрозооспермия в эякуляте.

28. Противопоказаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

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

30. Показаниями для инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита являются:

- тяжелое нарушение сперматогенеза;
- эякуляторная дисфункция;
- отсутствие или низкий процент оплодотворения (менее 20%) ооцитов в предыдущей программе экстракорпорального оплодотворения;
- малое количество ооцитов (меньше 4-х).
- использование ооцитов после криоконсервации;
- проведение ПГТ методом полимеразной цепной реакции.

31. Вспомогательный хетчинг (рассечение блестящей оболочки бластоцисты) - микроманипуляция в рамках ВРТ, проводимая с целью получения материала для проведения ПГТ или для облегчения вылупления эмбриона.

32. Вспомогательный хетчинг показан при:

- изменении морфологии блестящей оболочки эмбриона;
- переносе криоконсервированных эмбрионов;
- плохом прогнозе (повторные неудачные попытки переноса эмбрионов,

эмбрионы низкого качества);

- необходимости биопсии эмбриона для проведения ПГТ.

III. Программы криоконсервации половых клеток, тканей репродуктивных органов, эмбрионов и иного биологического материала их транспортировка

33. Криоконсервация и хранение половых клеток, тканей репродуктивных органов, эмбрионов и иных биологических материалов (далее – биоматериал) осуществляется государственными и частными организациями здравоохранения, которые оснащены криохранилищами.

34. Показаниями для криоконсервации биоматериалов являются:

- необходимость хранения половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов с целью дальнейшего использования при лечении бесплодия с применением программ ВРТ или ИИ;

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

- хранение половых клеток, эмбрионов, тканей репродуктивных органов и иных биоматериалов по желанию пациента, в том числе в случае "отложенного материнства";

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

35. Забор тканей репродуктивных органов у мужчин для криоконсервации осуществляется в государственных организациях здравоохранения и частных организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по урологии и/или осуществление медицинской деятельности с применением ВРТ.

36. При криоконсервации тканей яичка или придатка яичка замораживание производится при наличии в них сперматозоидов для последующего их использования в программе ЭКО или при инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита.

37. Забор для криоконсервации тканей репродуктивных органов у женщин осуществляется в государственных организациях здравоохранения и частных организациях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии и/или осуществление медицинской деятельности с применением ВРТ.

38. Выбор оптимального метода замораживания и размораживания биоматериалов определяется индивидуально.

39. Хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляется в специальных маркированных контейнерах, помещенных в жидкий азот/пары

жидкого азота.

40. Организация здравоохранения несет ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики за хранение и соблюдение условий криоконсервации биоматериалов.

41. Транспортировка биоматериалов осуществляется в строгом соответствии и требованиям транспортировки биологического материала.

42. Транспортировка половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов осуществляется в сосудах Дьюара.

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

- дата криоконсервации с указанием вида биоматериала;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента (в случае криоконсервации эмбрионов - мужчины и женщины, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, фамилия, имя, отчество анонимного донора(ов) не указывается);
- качество замороженного биоматериала;
- среда для криоконсервации и хранения биоматериала;
- дата и время выдачи биоматериала для транспортировки;
- подпись лица, принявшего биоматериал для транспортировки.

44. По письменному заявлению пациентов, принадлежащие им криоконсервированные половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы выдаются на руки пациентам. После передачи биоматериала ответственность за их сохранность, качество и транспортировку несут сами пациенты.

45. При применении ВРТ с использованием криоконсервированных эмбрионов, ооцитов пациенток и спермы пациентов осуществляется ведение медицинской документации, согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

46. Хранение криоконсервированных биоматериалов осуществляются на платной основе.

IV. Донорство ооцитов, спермы и эмбрионов

47. Донорами ооцитов являются женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Доноры ооцитов могут быть как неанонимными, так и анонимными.

48. Показаниями для использования донорства ооцитов (далее - ДО) являются:

- отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой, синдромом преждевременного истощения яичников, синдромом резистентных яичников, состоянием после овариоэктомии, радио- или химиотерапии,

генетическими заболеваниями;

- отсутствие у партнеров собственных половых клеток;

- высокий риск развития наследственных заболеваний;

- неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности (при 3-х и более попытках экстракорпорального оплодотворения).

- неудачные повторные попытки проведения программы экстракорпорального оплодотворения (имплантации эмбриона инъекцией сперматозоида в цитоплазму ооцита (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.

49. На донора ооцитов оформляется индивидуальная карта донора ооцитов по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

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

51. ДО осуществляется при наличии информированного добровольного согласия женщины-донора на проведение овариальной стимуляции, пункции фолликулов яичников, анестезиологическое пособие и использование ее ооцитов для других пациентов.

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

53. Донорам ооцитов проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

54. Дополнительными обязательными обследованиями доноров ооцитов являются:

- кариотипирование;

- медико-генетическое консультирование;

- исследование уровня антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека 1/2 (далее - ВИЧ-1/2) совместно с определением антигена p24;

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

- определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови.

Дополнительными обязательными медицинскими документами для

доноров ооцитов являются:

- справка из психоневрологического диспансера;
- справка из наркологического диспансера.

55. Объем обследования супружеской пары (реципиентов) такой же, как и при проведении программы ЭКО.

56. При использовании донорских ооцитов ведется журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

57. Донорами спермы имеют право быть мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, с нормальными показателями спермограммы. Доноры спермы могут быть как неанонимными, так и анонимными.

58. Показаниями для использования донорства спермы (далее - ДС) являются:

- азооспермия, тяжелая олигозооспермия, и другая выраженная патозооспермия или нарушения эякуляции у мужа (партнера);
- неэффективность программ ЭКО или инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита с использованием спермы мужа (партнера);
- наследственные заболевания у мужа (партнера);
- наличие неизлечимой инфекции, передаваемой половым путем у мужа (партнера);
- отрицательный Rh-фактор и тяжелая Rh-изоиммунизация у жены (партнерши), при наличии положительного Rh-фактора у мужа (партнера);
- отсутствие полового партнера у женщины.

59. ДС осуществляется при наличии согласия мужчины-донора после прохождения клинического, лабораторного обследования при наличии медико-генетического заключения.

60. На донора спермы заполняется индивидуальная карта донора спермы по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

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

62. Донорам спермы проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

63. Дополнительными обязательными обследованиями доноров спермы являются:

- спермограмма;
- консультация врача-уролога;
- консультация врача-терапевта;

- кариотипирование;
- медико-генетическое консультирование;
- определение группы крови и резус-фактора;
- исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 совместно с определением антигена p24;
- определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови;
- определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови.

Дополнительными обязательными медицинскими документами для доноров спермы являются:
- справка из психоневрологического диспансера;
- справка из наркологического диспансера.

64. При применении донорской спермы осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

65. Разрешается применение только криоконсервированной донорской спермы после получения повторных (через 6 месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов обследования донора (исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 совместно с определением антигена p24; определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B в крови; определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита C; определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови).

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

67. С целью донорства могут быть использованы эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ВРТ пациентам при условии их обоюдного письменного согласия.

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

69. 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.

70. Показаниями для проведения ЭКО с использованием донорских эмбрионов являются:
- отсутствие у партнеров собственных половых клеток;
- высокий риск развития наследственных заболеваний;
- неоднократное получение эмбрионов низкого качества, перенос

которых не приводит к наступлению беременности (при 3-х и более попытках программ ВРТ).

71. Женщинам-реципиентам донорских эмбрионов проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

72. При применении криоконсервированных донорских эмбрионов осуществляется ведение журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

V. Суррогатное материнство

73. Суррогатное материнство представляет собой вид ВРТ, который включает в себя вынашивание и рождение ребенка по договору между суррогатной матерью и потенциальными родителями/родителем.

При применении суррогатного материнства Организация здравоохранения заключает договор оказания медицинских услуг с применением Вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства (образе прилагается).

Показания для применение суррогатного материнства

- отсутствие матки (врожденное, приобретенное);
- деформация полости и шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний, препятствующих имплантации и вынашиванию беременности;
- патология эндометрия: атрофия эндометрия, синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
- неудачные повторные попытки ВРТ при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности;
- желание пациента/пациентов;
- наличие противопоказаний к имплантации (переносу) эмбрионов;
- привычный выкидыш, не связанный с генетической патологией.

74. Противопоказанием для переноса эмбрионов суррогатной матери является наличие у нее заболеваний (состояний), включенных в Перечень противопоказаний. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга.

Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки для ребенка, которого она вынашивает.

При проведении программы суррогатного материнства может выполняться имплантация эмбрионов, полученных при использовании донорских ооцитов или донорских сперматозоидов. Не допускается сочетание

донорских эмбрионов и суррогатного материнства. Это означает, что оба потенциальных родителей или хотя бы один из потенциальных родителей должен иметь генетическое отношение к будущему ребенку, рожденному суррогатной матерью.

75. Перенос суррогатной матери эмбрионов от потенциальных родителей, инфицированных ВИЧ или гепатитами С и В, допускается после получения ее информированного добровольного согласия, 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.

76. Обследование суррогатной матери проводится в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка.

77. Дополнительными обязательными медицинскими документами для суррогатной матери являются:

- справка из психоневрологического диспансера;
- справка из наркологического диспансера.

78. При реализации программы суррогатного материнства проведение программы ВРТ состоит из следующих этапов:

1) выбор и обследование суррогатной матери;
2) синхронизация менструальных циклов суррогатной и генетической матерей (в случае переноса криоконсервированных эмбрионов в полость матки, синхронизация циклов не производится);
3) стимуляция суперовуляции генетической матери;
4) пункция яичников генетической матери;
5) подготовка эндометрия суррогатной матери;
6) процедура искусственного оплодотворения (далее ИО) с имплантацией (переносом) эмбрионов в полость матки суррогатной матери.

Некоторые этапы могут отсутствовать в программе с использованием криоконсервированных эмбрионов.

79. Согласно статьи 104 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года № 14 для использования программы суррогатного материнства необходимо наличие двух договоров:

- Нотариально удостоверенный договор между лицами/лицом, желающими/желающим иметь ребенка и суррогатной матерью,
- Нотариально удостоверенный трехсторонний договор между организацией здравоохранения (Центр ВРТ), пациентами/пациентом и суррогатной матерью, с информированным добровольным согласием суррогатной матери.

VI. Оказание медицинской помощи с использованием ИИ

80. Показаниями для проведения ИИ являются:

а) ИИ спермой мужа (партнера): субфертильная сперма у мужа (партнера); эякуляторно-сексуальные расстройства у мужа (партнера) или сексуальные расстройства у женщины; необъяснимое или неуточненное бесплодие;

б) ИИ спермой донора: азооспермия, тяжелая олигозооспермия, и другая выраженная патозооспермия или нарушения эякуляции у мужа (партнера); неэффективность программы ЭКО или инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита с использованием спермы мужа (партнера); наследственные заболевания у мужа (партнера); наличие неизлечимой инфекции, передаваемой половым путем у мужа (партнера); отрицательный Rh-фактор и тяжелая Rh-изоиммунизация у жены (партнерши), при наличии положительного Rh-фактора у мужа (партнера); отсутствие полового партнера у женщины.

81. При ИИ спермой мужа (партнера) допускается использование предварительно подготовленной или криоконсервированной спермы.

82. При ИИ спермой донора допускается применение только криоконсервированной спермы.

83. Противопоказаниями для проведения ИИ у женщины являются непроходимость обеих маточных труб и заболевания (состояния).

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

85. 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.

86. ИИ может применяться как в естественном цикле, так и с использованием овариальной стимуляции с применением лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Кыргызской Республики, в соответствии с инструкцией по применению.

87. При росте 3-х и более доминантных фолликулов ИИ не проводят в связи с высоким риском многоплодия.

88. При проведении ИИ осуществляется ведение журнала учета искусственных инсеминаций по форме согласно Перечня медицинских документов в области использования ВРТ, утвержденной МЗ КР.

VII. Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ и ИИ у ВИЧ-инфицированных пациентов

89. ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к оказанию пациентам медицинской помощи с использованием ВРТ и ИИ, за исключением форм и стадий, при которых ВРТ противопоказано по заключению специалистов.

90. ВИЧ-инфицированные пациенты с позиции показаний к применению

репродуктивных технологий могут быть разделены на 2 группы:

- пациенты с ненарушенным фертильным статусом - дискордантные пары (носитель - один из партнеров), которые предохраняются при половой жизни с целью профилактики инфицирования ВИЧ-негативного партнера;

- пациенты, у которых имеются нарушения фертильного статуса - конкордантные пары (оба партнера - носители инфекции) и дискордантные пары (носитель - один из партнеров).

91. Выбор программы безопасного (в том числе для будущего ребенка) варианта достижения беременности (ВРТ или ИИ) должен осуществляться врачом-акушером-гинекологом Центра ВРТ совместно с врачом-инфекционистом с обязательным информированием пациентов о возможных рисках передачи ВИЧ-инфекции.

92. Обследование пациентов и проведение программ ВРТ или ИИ возможно только при наличии заключения из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (медицинские организации, в которых в отношении пациента установлено диспансерное наблюдение). Заключение должно содержать краткую выписку из истории болезни и диагноз, результаты анализов на ВИЧ-инфекцию, указание на отсутствие противопоказаний и особые условия (например, параллельное проведение антиретровирусной терапии) к оказанию данного вида медицинской помощи и вынашиванию беременности.

93. Мужчине и женщине перед началом лечения с использованием ВРТ или ИИ проводится обследование в соответствии с пунктом 6 настоящего Порядка, за исключением определения в крови антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24.

94. ВИЧ-инфицированная одинокая женщина, а также дискордантные по ВИЧ-инфекции мужчина и женщина в период проведения ВРТ или ИИ наблюдаются совместно специалистами Центра ВРТ и Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. При наступлении беременности женщина наблюдается врачом-акушером-гинекологом женской консультации и врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

95. Требования, предъявляемые к условиям оказания медицинской помощи с использованием ВРТ или ИИ пациентам, инфицированным ВИЧ, являются аналогичными для всех инфекций, передающихся при контакте с кровью больного (далее - гемоконтактные инфекции).

96. 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 использованного оборудования.

97. С каждым образцом спермы, пунктатом фолликулов следует

обращаться как с потенциальным источником гемоконтактных инфекций. 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.

98. Криоконсервацию эмбрионов рекомендуется осуществлять в закрытых крионосителях (не более одного эмбриона в каждом), а хранение в парах азота, в специально выделенном для этой группы пациентов сосуде Дюара.

99. 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, инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита, ИИ специально подготовленными сперматозоидами мужа (партнера).

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

101. 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 или ИИ не инфицирована ВИЧ.

102. Перед проведением ВРТ или ИИ 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.

103. При назначении женщине лекарственных препаратов в программах ВРТ следует учитывать их лекарственное взаимодействие с антиретровирусными лекарственными препаратами.

104. Овариальную стимуляцию 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.

105. При проведении программ ВРТ рекомендуется переносить один эмбрион, перенос 2-х эмбрионов должен быть обусловлен клинической и эмбриологической целесообразностью при наличии информированного добровольного согласия пациентов.

Положение о деятельности организаций здравоохранения в области вспомогательных репродуктивных технологий

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности государственных организация здравоохранения, оказывающих специализированные услуги с применением вспомогательных репродуктивных технологий и частных организаций здравоохрания имеющие лицензию на оказание услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий (Далее – Центр ВРТ).

2. Руководство Центром ВРТ осуществляет руководитель организации здравоохранения и/или заведующий структурного подразделения организации здравоохранения.

3. На должность руководителя (главного врача, заведующего отделения) назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским работникам с высшим образованием.

4. Структура и штатная численность Центра ВРТ устанавливается руководителем организации здравоохранения с учетом объема выполняемых лечебно-диагностических услуг и рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением № 2 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению.

5. Основные функции и обязанности Центра ВРТ:

- обследование и лечение пациентов с использованием вспомогательных репродуктивных технологий;
- консультативная помощь врачам-специалистам организаций здравоохранения по вопросам применения вспомогательных репродуктивных технологий;
- проведение занятий и практических конференций с медицинскими работниками по вопросам использования вспомогательных репродуктивных технологий;
- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности в связи с лечением бесплодия программами вспомогательных репродуктивных технологий;
- обеспечение возможности дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) медицинских работников в

соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

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

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

- проведение консультаций с пациентами по различным аспектам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов, инфекций, передающихся половым путем;

- ведение медицинской документации и представление отчетности о результатах деятельности в Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

6. Центр ВРТ проводит следующие мероприятия:

- обследование пациентов, лечение выявленных нарушений у пациенток перед проведением программ вспомогательных репродуктивных технологий;

- проведение овариальной стимуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий;

- ультразвуковой мониторинг фолликулогенеза в программах вспомогательных репродуктивных технологий;

- пункция фолликулов яичников;

- инсеминация ооцитов in vitro сперматозоидами мужа, партнера или донора;

- инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита;

- культивирование эмбрионов;

- перенос эмбрионов в полость матки;

- криоконсервация сперматозоидов, ооцитов и эмбрионов;

- биопсия яичек или их придатков;

- хранение криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов;

- забор материала для преимплантационного генетического тестирования;

- проведение программ донорства половых клеток и суррогатного материнства;

- искусственная инсеминация спермой мужа (партнера) или донора.

Рекомендуемые штатные нормативы

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Врач-гинеколог репродуктолог	Не менее 1
2.	Врач-анестезиолог-реаниматолог	Не менее 1
3.	Врач-эмбриолог	Не менее 1
4.	Медицинская сестра	Не менее 2

Рекомендуемые стандарты оснащения центра вспомогательных репродуктивных технологий

Кабинет врача репродуктолога (акушера-гинеколога)

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Кресло гинекологическое	Не менее 1
2.	Набор гинекологических инструментов	Не менее 1
3.	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками	Не менее 1
4.	Емкость для хранения стекол с мазками и их транспортировки	Не менее 1
5.	Аппарат для измерения артериального давления	Не менее 1
6.	Стетофонендоскоп	Не менее 1
7.	Ширма	Не менее 1
8.	Кушетка медицинская	Не менее 1
9.	Контейнер для хранения стерильных инструментов и материала	Не менее 1
10.	Манипуляционный стол для хранения стерильных инструментов	Не менее 1
11.	Светильник медицинский передвижной	Не менее 1
12.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
13.	Весы медицинские	Не менее 1
14.	Ростомер	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

N№	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Персональный компьютер с принтером	Не менее 1
2.	Рабочее место врача	Не менее 1
3.	Рабочее место медицинской сестры	Не менее 1

Процедурная

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.

1.	Контейнер для хранения стерильного материала	Не менее 1
2.	Противошоковая укладка, анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1
3.	Измеритель артериального давления	Не менее 1
4.	Стетофонендоскоп	Не менее 1
5.	Акушерских/гинекологических инструментарий и расходные материалы для манипуляций	Не менее 1
6.	Медицинский шкаф для стерильных растворов и медикаментов	Не менее 1
7.	Манипуляционный столик	Не менее 1
8.	Штатив для внутривенного капельного вливания	Не менее 1
9.	Комплект для переливания крови	Не менее 1
10.	Холодильники для крови, лабораторный, базовый, фармацевтический	Не менее 1
11.	Кушетка медицинская	Не менее 1
12.	Ширма	Не менее 1
13.	Стол процедурный	Не менее 1
14.	Шкаф для медикаментов экстренной помощи	Не менее 1
15.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
16.	Контейнер для стерилизации и дезинфекции материала и инструментов.	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

№	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место медицинской сестры	Не менее 1

Манипуляционный кабинет

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Кресло гинекологическое (с гидравлическим подъемником)	Не менее 1
2.	Светильник бестеневой медицинский	Не менее 1
3.	Вакуум-аспиратор	Не менее 1
4.	Ларингоскоп с набором клинков	Не менее 1
5.	Аппарат для ингаляционного наркоза переносной	Не менее 1
6.	Инструментарий для гинекологического осмотра	Не менее 1
7.	Источник кислорода и газов (портативный, стационарный)	Не менее 1

8.	Контейнер для использованных материалов (медицинских отходов)	Не менее 1
9.	Столик анестезиологический, жгуты	Не менее 1
10.	Ультразвуковой аппарат с вагинальным и абдоминальным датчиками, оснащенными пункционными насадками	Не менее 1
11.	Аппарат для мониторирования (пульс, оксигенация, артериальное давление)	Не менее 1
12.	Противошоковая укладка, анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1
13.	Столик инструментальный	Не менее 1
14.	Столик манипуляционный	Не менее 1
15.	Медицинский шкаф для лекарственных препаратов	Не менее 1
16.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1

Эмбриологическая комната

№	Наименование оснащения (оборудования)	количество, шт.
1.	Бинокулярная лупа	Не менее 1
2.	Термостат (СО-2 инкубатор)	Не менее 1
3.	Световой микроскоп	Не менее 1
4	Инвертированный микроскоп	Не менее 1
5.	Микроманипулятор	Не менее 1
6.	Центрифуга	Не менее 1
7.	Холодильники лабораторные, медицинский, фармацевтические	Не менее 1
8.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1
9.	Ламинарный бокс с подогреваемой рабочей поверхностью	Не менее 1
10.	Датчик для контроля СО2 в инкубаторах	Не менее 1
11.	Анти-ВИЧ-укладка	Не менее 1

Прочее оборудование (оснащение)

№	Наименование оборудования (оснащения)	Требуемое количество, шт.
1.	Рабочее место эмбриолога	Не менее 1

Помещение криохранилища

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Оборудования для криоконсервации биоматериала	Не менее 1
2.	Сосуд Дьюара для хранения криоконсервированных половых клеток/эмбрионов и тканей репродуктивных органов	Не менее 1
3.	Сосуд Дьюара для транспортировки криоконсервированных половых клеток и тканей репродуктивных органов	Не менее 1
4.	Сосуд Дьюара с запасом жидкого азота	Не менее 1
5.	Контейнер для биоматериала	Не менее 1
6.	Транспортировочная тележка	Не менее 1
7.	Датчик для контроля содержания в помещении кислорода	Не менее 1

Стерилизационная

№	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Стерилизатор паровой или шкаф сухожаровой	Не менее 1
2.	Аквадистиллятор	Не менее 1
3.	Оборудование для мойки и дезинфекции	Не менее 1
4.	Стол для подготовки инструментов и материалов к стерилизации	Не менее 1
5.	Камера для хранения стерильных инструментов и расходных материалов	Не менее 1
6.	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	Не менее 1

Помещение для сдачи спермы

N п/п	Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт.
1.	Кушетка или кресло (стул)	Не менее 1
2.	Стол	Не менее 1

Сроки годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации

N п/п	Наименование результатов обследования	Срок годности
1.	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
2.	Флюорография легких	1 год
3.	Регистрация электрокардиограммы	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
4.	Ультразвуковое исследование молочных желез	1 год
5.	Маммография (женщинам 40 лет и старше)	1 год
6.	Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови	3 месяца
7.	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови	3 месяца
8.	Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови	3 месяца
9.	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
10.	Общий (клинический) анализ крови	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий

11.	Анализ крови биохимический общетерапевтический	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
12.	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
13.	Общий (клинический) анализ мочи	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
14.	Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови	при наличии иммуноглобулинов класса M - 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G - не ограничен
15.	Определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	не ограничен
16.	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий
17.	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)	3 месяца
18.	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	1 год
19.	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2 - 5 день менструального цикла	6 месяцев
20.	Исследование уровня анимюллерова гормона в крови	6 месяцев

21.	Спермограмма	6 месяцев
22.	Консультация врача-терапевта	1 месяц
23.	Консультация врача-уролога (донорам спермы)	1 месяц
24.	Консультация врача-генетика (по показаниям)	1 месяц
25.	Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным)	1 месяц
26.	Справка из психоневрологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	6 месяцев
27.	Справка из наркологического диспансера (для доноров и суррогатных матерей)	6 месяцев

Перечень противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий

Противопоказаниями при применении ВРТ являются:

1) соматические, онкологические и психические заболевания, имеющие противопоказания для вынашивания беременности;
2) инфекционные и паразитарные заболевания в активной стадии;
3) болезни крови и эндокринной системы, имеющие противопоказания для вынашивания беременности;
4) врожденные пороки развития, приобретённые деформации полости матки и (или) шейки матки, отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
5) патология эндометрия: гипоплазия или атрофия эндометрия, синехии полости матки, не поддающиеся лечению;
6) гиперпластические процессы эндометрия;
7) доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;
8) доброкачественные опухоли яичников, требующие оперативного лечения;
9) острые воспалительные заболевания любой локализации;
10) высокий риск развития осложнений беременности.

Образец договора оказания медицинских услуг с применением Вспомогательных репродуктивных технологий

г. Бишкек «____» _____ 2025 г.

_____, в лице руководителя _____, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое **Центр ВРТ**, с одной стороны, и

_____, в дальнейшем именуемая Пациентка,

_____, в дальнейшем именуемый Пациент,

в дальнейшем совместно именуемые Пациенты, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**при заключении настоящего Договора для целей оказания медицинских услуг одинокой женщине (пациентке), обязанности Центра ВРТ, определённые настоящим Договором, исполняются в отношении пациентки, исполнение обязанностей пациентов возлагается единолично на пациентку.*

Предмет договора

1. Пациенты поручают, а Центр ВРТ принимает на себя обязательства по предоставлению медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий. Услуги оказываются на возмездной основе, за счёт Пациента.

1.1. Проведение осмотров и диагностических мероприятий с целью выявления заболевания, составления плана терапии и определения дальнейшей тактики обследования.

1.2. Оказание следующих медицинских процедур (нужное отметить):

- Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- Искусственная инсеминация (ИИ);
- Введение сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки (ИКСИ);
- ПИКСИ;

1.3. Иные медицинские мероприятия, необходимые для предоставления услуг, указанных в пунктах 1.1.1 и 1.1.2 настоящего договора, включая действия, отражённые в медицинской и сопутствующей документации.

1.4. Предоставляемые по данному договору услуги соответствуют нормам и требованиям законодательства Кыргызской Республики, регулирующего порядок оказания медицинской помощи, и обязательны к исполнению Центром ВРТ.

1.5. Медицинская помощь в рамках настоящего договора предоставляется в амбулаторном порядке, а также в условиях дневного стационара или стационара.

1.6. Центр ВРТ осуществляет оказание медицинских услуг, руководствуясь положениями Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года № 14.

1.7. Центр ВРТ предоставляет услуги в пределах видов медицинской деятельности, на которые у него имеются соответствующие лицензии, выданные в установленном порядке.

1.8. Все медицинские услуги оказываются в помещении Центра ВРТ по адресу:

Права и обязанности сторон договора

2. Пациенты имеют право:

2.1. Получать достоверную, актуальную, необходимую и полную информацию о своём состоянии здоровья в порядке, установленном настоящим договором;

2.2. Запрашивать копии своей медицинской документации, которые Центр ВРТ обязан предоставить в течение тридцати календарных дней с момента подачи письменного заявления, если иные сроки не установлены законодательством;

2.3. Расторгнуть настоящий договор до окончания его срока действия, оплатив услуги, фактически оказанные Центром ВРТ на момент расторжения;

2.4. Пользоваться всеми правами, предусмотренными законодательством Кыргызской Республики в сфере охраны здоровья, исполнение которых Центром ВРТ является обязательным.

3. Пациенты обязаны:

3.1. Предоставлять полную и достоверную информацию, относящуюся к своему анамнезу жизни и заболевания, при заполнении анкеты пациента, предлагаемой Центром ВРТ, либо во время устной консультации со специалистом;

3.2. При посещении Центра ВРТ иметь при себе удостоверяющий личность документ, и подписать добровольное информированное согласие на лечение бесплодия методами ВРТ;

3.2. Приходить на назначенные консультации, процедуры и осмотры в назначенное время. В случае невозможности посещения — заранее уведомить Центр ВРТ не менее чем за 24 часа до назначенного времени, в рабочие часы через телефон регистратуры;

3.4. Информировать сотрудников Центра ВРТ о любых изменениях состояния здоровья на консультациях или процедурах, либо в экстренных случаях — по телефону регистратуры;

3.5. Неукоснительно соблюдать рекомендации специалистов Центра ВРТ и назначенный лечебный режим. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что получил полную, доступную и достоверную информацию от Центра ВРТ о возможных рисках, связанных с несоблюдением назначений, включая снижение эффективности лечения, его преждевременное завершение или ухудшение состояния;

3.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные в помещениях Центра ВРТ, а также следовать указаниям его сотрудников. Пациентам разъяснено, что, согласно Закону Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года № 14, лица, проходящие лечение, обязаны соблюдать установленный режим, включая поведение в медицинской организации и в период временной нетрудоспособности;

3.7. Подтверждать своё согласие на медицинское вмешательство (в том числе операции, процедуры, манипуляции) или отказ от него личной подписью в медицинской и юридической документации, в соответствии с действующим законодательством. Указанные документы после подписания Пациентом считаются неотъемлемыми приложениями к настоящему договору.

4. Центр ВРТ имеет право:

4.1. самостоятельно устанавливать график проведения консультаций, процедур, а также расписание работы специалистов;

4.2. через своих специалистов определять оптимальную тактику и методы лечения, выбирать способ анестезиологического сопровождения, подбирать необходимые материалы и медикаменты, а также определять объём диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

5. Центр ВРТ обязуется:

5.1. предоставить пациентам полную и доступную информацию о предоставляемых услугах: их объёме, характере, применяемых методиках, последствиях медицинского вмешательства, возможных осложнениях, а также прогнозе течения заболевания. Данная информация доводится до Пациентов в доступной форме до подписания договора - устно, письменно;

5.2. предоставить информацию о самом Центре ВРТ: юридический статус, режим работы, правила внутреннего распорядка, контактные телефоны, сведения о специалистах;

5.3. обеспечить Пациентам открытый доступ к информации о стоимости услуг. Цены размещаются в помещении Центра ВРТ в легко доступном месте, а также могут быть предоставлены до заключения договора. Подписание договора подтверждает, что Пациент ознакомлен с расценками;

5.4. до начала лечения собрать информацию о перенесённых и сопутствующих заболеваниях Пациента, при необходимости провести

обследования или консультации. Объём необходимых мероприятий определяется специалистами Центра ВРТ;

5.5. оказать услуги качественно и в сроки, установленные настоящим договором;

5.6. предоставлять медицинскую помощь, соответствующую разрешённым в Кыргызской Республике методам диагностики, лечения и профилактики;

5.7. Вести медицинскую документацию, включающую:

- анамнез заболевания и жизни;
- семейный, аллергологический и эпидемиологический анамнез;
- результаты обследований, диагнозы, планы лечения и записи врачей;
- информацию о каждой проведённой процедуре.

Документация может вестись как вручную, так и в электронном виде. Оба способа признаются юридически значимыми при наличии соответствующих реквизитов.

5.8. По письменному запросу пациента выдавать:

- копии медицинских документов (выписки, справки, эпикризы и др.);
- документы, подтверждающие произведённые расходы (на услуги и/или медикаменты);

5.9. Соблюдать врачебную тайну в отношении информации о состоянии здоровья Пациентов, их диагнозах, факте обращения за медицинской помощью и других сведениях, полученных в ходе лечения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

5.10. своевременно информировать пациентов о любых обстоятельствах, которые объективно могут помешать предоставлению медицинских услуг.

6. Цена договора и порядок расчётов

6.1. стоимость настоящего договора формируется на основе цен на медицинские услуги и сопутствующих затрат Центра ВРТ, возникающих в процессе их предоставления пациенту;

6.2. цена комплексной медицинской услуги, указанной в пункте 1.1 настоящего договора, устанавливается в соответствии с действующим на момент заключения договора прейскурантом Центра ВРТ.

1. Срок договора и срок оказания услуг

7.1. настоящий договор считается действующим с момента его подписания обеими Сторонами.

7.2. продолжительность оказания медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, определяется специалистами Центра ВРТ с учётом целей лечения, состояния здоровья пациентов, характера и тяжести заболевания, а также технических и организационных возможностей Центра

ВРТ. Данные сроки фиксируются в соответствующей юридической и/или медицинской документации, сопровождающей оказание услуг.

2. Ответственность сторон

8.1. Центр ВРТ несёт ответственность за соблюдение санитарно-гигиенических требований, корректную и безопасную эксплуатацию медицинского оборудования, надлежащее выполнение врачебных и сестринских процедур, применение установленных методик диагностики, профилактики и лечения, соблюдение норм профессиональной этики и деонтологии, а также за правильное ведение медицинской документации в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

8.2. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по настоящему договору, если оно стало следствием форс-мажорных обстоятельств, включая, но не ограничиваясь: пожар, землетрясение, наводнение, техногенные катастрофы, военные действия, решения государственных органов и судебных инстанций, а также иные обстоятельства непреодолимой силы и их последствия.

3. Заключительные положения

9.1. в случае возникновения разногласий или споров, связанных с исполнением настоящего договора либо вытекающих из него, Стороны обязуются предпринять добросовестные усилия для их урегулирования путём переговоров;

9.2. все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме, аналогичной форме основного договора, и вступают в силу с момента их подписания обеими Сторонами;

9.3. неотъемлемыми приложениями к настоящему договору являются следующие документы, подписанные пациентами:

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- данные, указанные в медицинской документации в рамках оказания услуг, в объёме, предусмотренном настоящим договором, также считаются частью настоящего договора.

9.4. Пациент/ты предупреждён(ы) и соглашается(ются) с тем, что несёт(ут) полную ответственность за достоверность всех сведений, указанных в настоящем договоре, а также в информированных согласиях, заявлениях и иных документах, оформляемых в рамках договорных отношений с Центром ВРТ.

4. Подписи и реквизиты сторон

10.1. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, считаются действительными и достаточными для направления извещений, уведомлений, претензий, заявлений и рекламаций, независимо от того,

предусмотрены ли они настоящим договором или возникают в процессе его исполнения.

10.2. Каждая из Сторон обязуется без промедления информировать другую Сторону об изменении своих реквизитов, контактных данных или юридического адреса.

Пациент	**Пациентка**	**Центр ВРТ**
ФИО	ФИО	Руководитель
Паспорт	Паспорт	Регистрационный №
ИНН	ИНН	ИНН
Адрес	Адрес	Адрес
Подпись	Подпись	Подпись

Образец договора оказания медицинских услуг с применением Вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства

г. Бишкек «_____»_____202__г.

_____, в лице руководителя _____, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое Центр ВРТ, с одной стороны, и

_____, в дальнейшем именуемая пациентка,

_____, в дальнейшем именуемый пациент, в дальнейшем совместно именуемые Пациенты*, с другой стороны, _____, в дальнейшем, именуемая Суррогатная мать, с третьей стороны в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**при заключении настоящего Договора для целей оказания медицинских услуг одинокой женщине (пациентке), обязанности Центра ВРТ, определённые настоящим Договором, исполняются в отношении пациентки, исполнение обязанностей пациентов возлагается единолично на пациентку.*

1. Предмет договора

1.1. Пациенты поручают, а Центр ВРТ принимает на себя обязательства по предоставлению медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий программы суррогатного материнства. Услуги оказываются на возмездной основе, за счёт пациентов.

1.2. Проведение осмотров и диагностических мероприятий с целью выявления заболевания, составления плана терапии и определения дальнейшей тактики обследования.

1.3. Оказание следующих медицинских процедур (нужное отметить):

- Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- Участие в программе суррогатного материнства;
- Использование незамороженного эмбриона;
- Использование криоконсервированного эмбриона.

1.4. Иные медицинские мероприятия, необходимые для предоставления услуг, указанных в пунктах 1.1 и 1.2 настоящего договора, включая действия, отражённые в медицинской и сопутствующей документации.

При оказании медицинских услуг по данному договору, так же предоставляются следующие документы, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

- заявлением биологических родителей/родителя;

- заявлением о криоконсервации и криохранении эмбриона, о продлении срока криохранения эмбриона, о прекращении криохранения эмбриона;

- информированным добровольным согласием биологических родителей на проведение ВРТ в сочетании программ программы суррогатного материнства;

- информированным добровольным согласием суррогатной матери, в случае если суррогатная мать состоит в браке, то информированное согласие подписывается так же ее супругом.

1.5. Предоставляемые по данному договору услуги соответствуют нормам и требованиям законодательства Кыргызской Республики, регулирующего порядок оказания медицинской помощи, и обязательны к исполнению Центром ВРТ.

1.6. Медицинская помощь в рамках настоящего договора предоставляется в амбулаторном порядке, а также в условиях дневного стационара или стационара.

1.7. Центр ВРТ осуществляет оказание медицинских услуг, руководствуясь положениями Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года № 14.

1.8. Центр ВРТ предоставляет услуги в пределах видов медицинской деятельности, на которые у него имеются соответствующие лицензии, выданные в установленном порядке.

1.9. Все медицинские услуги оказываются в помещении Центра ВРТ по адресу:

2. Права и обязанности сторон договора

2.1. Пациенты и Суррогатная мать имеют право:

2.1.1. Получать достоверную, актуальную, необходимую и полную информацию о своём состоянии здоровья в порядке, установленном настоящим договором;

2.1.2. Запрашивать копии своей медицинской документации, которые Центр ВРТ обязан предоставить в течение тридцати календарных дней с момента подачи письменного заявления, если иные сроки не установлены законодательством;

2.1.3. Расторгнуть настоящий договор до окончания его срока действия, оплатив услуги, фактически оказанные Центром ВРТ на момент расторжения;

2.1.4. Пользоваться всеми правами, предусмотренными законодательством Кыргызской Республики в сфере охраны здоровья, исполнение которых Центром ВРТ является обязательным.

2.2. Пациенты и Суррогатная мать обязаны:

2.2.1. Предоставлять полную и достоверную информацию, относящуюся к своему анамнезу жизни и заболевания, при заполнении анкеты пациента,

предлагаемой Центром ВРТ, либо во время устной консультации со специалистом;

2.2.2. При посещении Центра ВРТ иметь при себе удостоверяющий личность документ, с подписанием информированного согласия на ВРТ суррогатной матери;

2.2.3. Приходить на назначенные консультации, процедуры и осмотры в назначенное время. В случае невозможности посещения - заранее уведомить Центр ВРТ не менее чем за 24 часа до назначенного времени, в рабочие часы через телефон регистратуры;

2.2.4. Информировать сотрудников Центра ВРТ о любых изменениях состояния здоровья на консультациях или процедурах, либо в экстренных случаях - по телефону регистратуры;

2.2.5. Неукоснительно соблюдать рекомендации специалистов Центра ВРТ и назначенный лечебный режим. Подписывая настоящий договор, Пациенты и Суррогатная мать подтверждает, что получил полную, доступную и достоверную информацию от Центра ВРТ о возможных рисках, связанных с несоблюдением назначений, включая снижение эффективности лечения, его преждевременное завершение или ухудшение состояния;

2.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные в помещениях Центра ВРТ, а также следовать указаниям его сотрудников. Пациентам разъяснено, что, согласно Закону Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года № 14, лица, проходящие лечение, обязаны соблюдать установленный режим, включая поведение в медицинской организации и в период временной нетрудоспособности;

2.2.7. Подтверждать своё согласие на медицинское вмешательство (в том числе операции, процедуры, манипуляции) или отказ от него личной подписью в медицинской и юридической документации, в соответствии с действующим законодательством. Указанные документы после подписания пациентом считаются неотъемлемыми приложениями к настоящему договору.

2.3. Пациенты обязуются оплачивать все расходы, связанные с оздоровлением Суррогатной матери во время беременности, родов и послеродовой период. Всю ответственность за протекание беременности Суррогатной матери и роды, послеродовой период Суррогатной матери несут пациенты.

2.4. Центр ВРТ имеет право:

2.4.1. Самостоятельно устанавливать график проведения консультаций, процедур, а также расписание работы специалистов.

2.4.2. Через своих специалистов определять оптимальную тактику и методы лечения, выбирать способ анестезиологического сопровождения,

подбирать необходимые материалы и медикаменты, а также определять объём диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

2.5. Центр ВРТ обязуется:

2.5.1. Предоставить полную и доступную информацию о предоставляемых услугах: их объёме, характере, применяемых методиках, последствиях медицинского вмешательства, возможных осложнениях, а также прогнозе течения заболевания. Данная информация доводится до пациентов в доступной форме до подписания договора - устно, письменно;

2.5.2. предоставить информацию о самом Центре ВРТ: юридический статус, режим работы, правила внутреннего распорядка, контактные телефоны, сведения о специалистах;

2.5.3. обеспечить пациентам открытый доступ к информации о стоимости услуг. Цены размещаются в помещении Центра ВРТ в легко доступном месте, а также могут быть предоставлены до заключения договора. Подписание договора подтверждает, что пациент ознакомлен с расценками;

2.5.4. до начала лечения собрать информацию о перенесённых и сопутствующих заболеваниях пациента, при необходимости провести обследования или консультации. Объём необходимых мероприятий определяется специалистами Центра ВРТ;

2.5.5. оказать услуги качественно и в сроки, установленные настоящим договором;

2.5.6. предоставлять медицинскую помощь, соответствующую разрешённым в Кыргызской Республике методам диагностики, лечения и профилактики.

2.5.7. Вести медицинскую документацию, включающую:

- анамнез заболевания и жизни;
- семейный, аллергологический и эпидемиологический анамнез;
- результаты обследований, диагнозы, планы лечения и записи врачей;
- информацию о каждой проведённой процедуре.

Документация может вестись как вручную, так и в электронном виде. Оба способа признаются юридически значимыми при наличии соответствующих реквизитов.

2.5.8. По письменному запросу Пациента выдавать:

- копии медицинских документов (выписки, справки, эпикризы и др.);
- документы, подтверждающие произведённые расходы (на услуги и/или медикаменты);

2.5.9. соблюдать врачебную тайну в отношении информации о состоянии здоровья Пациентов, их диагнозах, факте обращения за медицинской помощью и других сведениях, полученных в ходе лечения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

2.5.10. своевременно информировать Пациентов о любых обстоятельствах, которые объективно могут помешать предоставлению медицинских услуг.

3. Цена договора и порядок расчётов

3.1. Стоимость настоящего договора формируется на основе цен на медицинские услуги и сопутствующих затрат Центра ВРТ, возникающих в процессе их предоставления.

3.2. Цена комплексной медицинской услуги, указанной в пункте 1.1 настоящего договора, устанавливается в соответствии с действующим на момент заключения договора прейскурантом Центра ВРТ.

4. Срок договора и срок оказания услуг

4.1. Настоящий договор считается действующим с момента его подписания обеими Сторонами. Подписание со стороны Пациентов осуществляется как Пациенткой, так и Пациентом.

4.2. Продолжительность оказания медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, определяется специалистами Центра ВРТ с учётом целей лечения, состояния здоровья Пациентов, характера и тяжести заболевания, а также технических и организационных возможностей Центра ВРТ. Данные сроки фиксируются в соответствующей юридической и/или медицинской документации, сопровождающей оказание услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. Центр ВРТ несёт ответственность за соблюдение санитарно-гигиенических требований, корректную и безопасную эксплуатацию медицинского оборудования, надлежащее выполнение врачебных и сестринских процедур, применение установленных методик диагностики, профилактики и лечения, соблюдение норм профессиональной этики и деонтологии, а также за правильное ведение медицинской документации в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по настоящему договору, если оно стало следствием форс-мажорных обстоятельств, включая, но не ограничиваясь: пожар, землетрясение, наводнение, техногенные катастрофы, военные действия, решения государственных органов и судебных инстанций, а также иные обстоятельства непреодолимой силы и их последствия.

6. Особые условия

6.1. Суррогатная мать обязана встать на медицинский учет на раннем сроке беременности (до 12 недель), регулярно наблюдаться и строго выполнять

рекомендации врача, постоянно следить за состоянием своего здоровья, соблюдать иные условия договора;

6.2. Пациенты, давшие согласие на имплантацию эмбриона суррогатной матери, несут материальные расходы, связанные с ее оздоровлением в период беременности, родов и послеродовой период, в соответствии с договором. В этих целях открывается банковский счет, куда зачисляются денежные средства, предназначенные для оздоровления и иных расходов суррогатной матери;

6.3. Пациенты, заключившие договор на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, в случае рождения ребенка записываются его родителем/родителями в книге записей актов гражданского состояния;

6.4. Пациенты, заключившие договор с суррогатной матерью, не вправе отказываться от ребенка до момента его регистрации на свое имя в книге записей актов гражданского состояния;

6.5. В случае рождения мертвого ребенка либо отказа от ребенка лица/лиц, заключивших договор с суррогатной матерью, они не вправе требовать от суррогатной матери возмещения каких-либо материальных затрат, связанных с оплатой медицинских услуг суррогатной матери, а также сумму вознаграждения при наличии такового.

7. Заключительные положения

7.1. В случае возникновения разногласий или споров, связанных с исполнением настоящего договора либо вытекающих из него, Стороны обязуются предпринять добросовестные усилия для их урегулирования путём переговоров.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме, аналогичной форме основного договора, и вступают в силу с момента их подписания обеими Сторонами.

7.3. Неотъемлемыми приложениями к настоящему договору являются следующие документы, подписанные пациентами:

- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- Данные, указанные в медицинской документации в рамках оказания услуг, в объёме, предусмотренном настоящим договором, также считаются частью настоящего договора.

7.4. Пациенты и Суррогатная мать предупреждены и соглашаются с тем, что несут полную ответственность за достоверность всех сведений, указанных в настоящем договоре, а также в информированных согласиях, заявлениях и иных документах, оформляемых в рамках договорных отношений с Центром ВРТ.

8. Подписи и реквизиты сторон

8.1. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, считаются действительными и достаточными для направления извещений,

уведомлений, претензий, заявлений и рекламаций, независимо от того, предусмотрены ли они настоящим договором или возникают в процессе его исполнения;

8.2. Каждая из Сторон обязуется без промедления информировать другую Сторону об изменении своих реквизитов, контактных данных или юридического адреса.

Пациент	**Пациентка**	**Центр ВРТ**
ФИО	ФИО	Руководитель
Паспорт	Паспорт	Рег №
ИНН	ИНН	ИНН
Адрес	Адрес	Адрес
Подпись	Подпись	Подпись

Суррогатная мать
ФИО
Паспорт
ИНН
Адрес
Подпись

Приложение № 2
к приказу МЗ КР №___
от «_____» _____

Перечень медицинских документов в области использования вспомогательных репродуктивных технологий:

1. Вкладыш в медицинскую карту пациента при использовании вспомогательных репродуктивных технологий;
2. Индивидуальная карта донора спермы;
3. Индивидуальная карта донора ооцитов;
4. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов;
5. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированной донорской спермы;
6. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированных ооцитов пациенток;
7. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов;
8. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациентов;
9. Форма журнала учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров;
10. Форма журнала учета внутриматочной искусственной инсеменации (ИИ);
11. Форма журнала имплантации эмбриона через интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ);
12. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий;
13. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий одинокой женщины;
14. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов);
15. Форма информированного добровольного согласия суррогатной матери;
16. Форма информированного добровольного согласия на криоконсервацию и хранение ооцитов.

Вкладыш в медицинскую карту пациента при использовании вспомогательных репродуктивных технологий

Наименование организации здравоохранения

_____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Адрес

_____

№ карты _____ № попытки _____

Ф.И.О. _____, _____рождения

Диагноз: _____

_____

Предполагаемая программа вспомогательных репродуктивных технологий (искусственной инсеминации):

__

__

в естественном цикле	мужа (партнера) сперма донора	пациентки ооциты донора
с овариальной стимуляцией		

(нужное подчеркнуть)

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Мониторинг ответа яичников и состояния эндометрия на овариальную стимуляцию

Дата	День цикла	Эндометрий (м-эхо)	Правый яичник (число и размер фолликулов)	Левый яичник (число и размер фолликулов)

Замечания:

_____

Врач _____ _____
Ф.И.О. подпись

Протокол трансвагинальной пункции фолликулов яичников

Дата	Время	День цикла	
Жалобы _____			
Состояние _____ Кожные покровы и видимые слизистые _____			
Пульс _____ уд/мин. АД ____/____ мм.рт.ст. Т ____ С.			
Пункция фолликулов			
Пунктировано		Особенности операции:	
Промыто			
Ооцитов			
	Врач:		
Анестезиологическое пособие		АД мм.рт.ст.	Пульс д/мин
		Врач:	

Искусственная инсеминация

Сперма: мужа, донора, партнера, не подвергнутая криоконсервации, криоконсервированная (нужное подчеркнуть)

Врач				
	Ф.И.О.		подпись	

Проверка через два часа _____

Культивирование ооцитов и эмбрионов

Условия культивирования,
инсеминация in vitro
Программа вспомогательных репродуктивных технологий:

_____

Среда _____

Дата									
N	Оценка ооцита	Оплодотворение	Дробление				Эмбриоперенос	G R	Прим.
1									
2									
3									

4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Замечания

_____

Эмбриолог _____ _____

Ф.И.О. подпись

Протокол переноса свежих эмбрионов в полость матки

Дата		День цикла		Перенесено эмбрионов	2
Отменен по причине:					
		Особенности переноса			
		Пулевые щипцы			
		Смена катетера			
		Повторный перенос			
		Врач:			

Осложнения

Синдром гиперстимуляции яичников	нет		да		1 ст.	2 ст.	3 ст.
Другие осложнения:							
Лечение	амб.	стац.					

(нужное отметить)

Замечания:

_____

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Криоконсервация эмбрионов/ооцитов

Дата криоконсервации	
Число замороженных эмбрионов/ооцитов	
Стадии и морфологическая оценка эмбрионов/ооцитов (по соломинкам) (выделить нужное)	1. 4. 7. 2. 5. 8. 3. 6. 9.
Время культивирования до криоконсервации	
Криопротектор/Криосреда	
N Дьюара/пенала	
Кодировка/цвет	

Замечания

_____

Эмбриолог _____ _____

Ф.И.О. подпись

Перенос криоконсервированных эмбрионов

Дата размораживания															
Число размороженных эмбрионов															
Выживаемость															
Фрагментация эмбрионов:															
< 50%															
> 50% 100%															
Дата переноса эмбриона (ЭТ)															
Число переносимых эмбрионов															
Стадии развития эмбрионов															

на момент переноса				

Замечания

_____

Эмбриолог _____ _____

Ф.И.О. подпись

Диагностика беременности

Дата	День после ЭТ	Хорионический гонадотропин (ХГ)	Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Исход лечения

Беременность (УЗИ+, уровень ХГ)	Маточная (если многоплодная - указать)	Внематочная (УЗИ-, уровень ХГ)	Беременность не наступила (УЗИ-, уровень ХГ)	Нет данных

Заключение по законченному циклу лечения и рекомендации

__

__

__

Дата _____

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

<1> Ячейки по горизонтали для указания даты.

<2> Ячейки по горизонтали для отметки о применении лекарственного препарата.

Индивидуальная карта донора спермы
Анкета донора спермы <1>

Код анонимного донора

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Национальность _____

Расовая принадлежность _____

Паспортные данные _____

_____

Фактический адрес проживания _____

Контактный телефон _____

Образование _____ Профессия _____

Подвергается ли воздействию вредных и/или опасных производственных факторов (да/нет)

Если да, каких: _____

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)

Находится / не находится под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом диспансере / психоневрологическом диспансере/наркологическом диспансере _____

У какого врача-специалиста _____

Фенотипические признаки
Рост _____ Вес _____
Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые)
Цвет волос _____
Разрез глаз (европейский/азиатский)
Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)
Нос (прямой/с горбинкой/курносый/широкий)
Лицо (круглое/овальное/узкое)
Наличие стигм _____
Лоб (высокий/низкий/обычный)
Размер одежды _____ обуви _____
Дополнительные сведения о себе (для заполнения не обязательны) _____

_____

Чем болел за последние 2 месяца _____

Карта обследования донора спермы

[ ]
Код анонимного донора

Ф.И.О. _____

Группа крови и Rh-фактор _____ (_____) Rh (_____)

Вид обследования	Дата	Заключение специалиста/результат
Результаты медико-генетического обследования (заключение врача-генетика)		Противопоказаний к донорству спермы нет
Заключение врача - психиатра-нарколога		Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере не установлено
Заключение врача-психиатра		Диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере не установлено
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		Противопоказаний к донорству спермы нет
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога		Противопоказаний к донорству спермы нет
Спермограмма		
Цитогенетическое исследование		

(кариотип)		
Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови		
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, количественное исследование		
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови		

Заключение врача:

Врач

Ф.И.О подпись

Дата:

Заключение врача:

Врач

Ф.И.О. подпись

Дата:

Календарь медицинского обследования донора спермы

Код анонимного донора

Дата: число, месяц, год										0	1	2
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта												
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога												
Спермограмма												
Цитогенетическое исследование (кариотип)												
Группа крови и Rh-фактор												
Определение антител к бледной трепонеме												

(Treponema pallidum) в крови												
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови												
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови												
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови												

Лист опроса донора спермы

Код анонимного донора
(заполняется перед каждой сдачей 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?

Имели ли Вы контакты с больными вирусным гепатитом в последние 6 месяцев?

Имели ли Вы случайные половые связи в последние 6 месяцев?

Принимали ли Вы наркотические средства и/или психотропные вещества путем инъекций без назначения врача?

Чем болел за последний месяц

Подпись _____

<1> В случае анонимного донорства графы "ФИО", "дата рождения" (за исключением года), "паспортные данные", "фактический адрес проживания", "контактный телефон" не заполняются.

Индивидуальная карта донора ооцитов
Анкета донора ооцитов <1>

Код анонимного донора

Дата заполнения "___" _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Национальность _____

Расовая принадлежность _____

Паспортные данные _____

_____

Фактический адрес проживания _____

Контактный телефон _____

Образование _____ Профессия _____

Подвергается ли воздействию вредных и/или опасных производственных факторов (да/нет) Если да, какие: _____

Семейное положение (холост/женат/разведен)

Наличие детей (есть/нет). Возраст последнего ребенка _____ лет

Наследственные заболевания в семье (есть/нет), какие _____

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)

Находится / не находится под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом диспансере / психоневрологическом диспансере / наркологическом диспансере _____

Фенотипические признаки

Рост _____ Вес _____
Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые)
Цвет волос _____
Глаза (большие/средние/маленькие)
Разрез глаз (европейский/азиатский)
Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)
Лицо (круглое/овальное/узкое)
Нос (большой/средний/маленький)
Форма носа (прямой/с горбинкой/курносый/широкий)
Лоб (высокий/низкий/обычный)
Наличие стигм _____
Телосложение (нормостеник/астеник/гиперстеник)
Размер одежды _____ обуви _____ бюстгальтера _____

Карта обследования донора ооцитов

Код анонимного донора

Ф.И.О.

_____

Группа крови и Rh-фактор: _____ (_____) Rh (_____)

Вид обследования	Дата	Заключение специалиста/результат
Результаты медикогенетического обследования (заключение врача-генетика)		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Заключение врача-психиатра		Диспансерное наблюдение в психоневрологическом диспансере не установлено
Заключение врача - психиатра-нарколога		Диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере не установлено
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Прием (осмотр, консультация) врача - акушера-гинеколога		Противопоказаний к донорству ооцитов нет
Электрокардиограмма		
Флюорография легких		
Ультразвуковое исследование матки и придатков		
Ультразвуковое исследование молочных желез		
Цитогенетическое исследование (кариотип)		
Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)		

Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови		
Определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови		
Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови		
Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови		
Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови		
Общий (клинический) анализ крови		
Анализ крови биохимический общетерапевтический		
Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)		
Анализ мочи общий (клинический)		
Микроскопическое исследование влагалищных мазков		
Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)		
Молекулярно-		

биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium)		
Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови на 2 - 5 день менструального цикла		
Исследование уровня антимюллерова гормона в крови		

Чем болела за последние 2 месяца _____

Заключение врача: _____

_____

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

_____

<1> В случае анонимного донорства графы "ФИО", "дата рождения" (за исключением года), "паспортные данные", "фактический адрес проживания", "конт.телефон" не заполняются.

Форма

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированной спермы пациентов

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Поступление спермы		Вид и среда криоконсервации	Место хранения в криохранилище	Число порций спермы	ФИО, подпись эмбриолога	Дата размораживания спермы	Расход спермы			ФИО, подпись эмбриолога
		дата сдачи спермы	спермограмма						число израсходованных порций спермы	результат исследования размороженной спермы	число оставшихся порций криоконсервированной спермы	

Форма

ЖУРНАЛ УЧЕТА, ХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ СПЕРМЫ

Код анонимного донора

№ п/п	№ (код) донора спермы	Поступление спермы		Вид и среда криоконсервации	Место хранения в криохранилище	Число порций спермы	ФИО, подпись эмбриолога	Дата размораживания спермы	Расход спермы			ФИО, подпись эмбриолога
		дата сдачи спермы	спермограмма						число израсходованных порций спермы	результат исследования размороженной спермы	число оставшихся порций криоконсервированной спермы	

Форма

ЖУРНАЛ УЧЕТА, ХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ООЦИТОВ ПАЦИЕНТОК

п/п	Ф.И.О.пациентки	N медицинской карты амбулаторного больного	Дата криоконсервации	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных ооцитов	Число оставшихся ооцитов	Число размноженных/число оплодотворенных ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога

Форма

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных донорских ооцитов

№ п/п	№ (код) донора ооцитов	Поступление ооцитов					Расход ооцитов			Номер медицинской карты амбулаторного больного (реципиента)	ФИО, подпись эмбриолога
		Дата забора ооцитов	Число ооцитов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения ооцитов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата инсеминации	Число размороженных ооцитов	Качество размороженных ооцитов		

Форма

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов пациентов

п/п	Ф.И.О. пациентов	N медицинской карты амбулаторного больного <1>	Дата криоконсервации	Число эмбрионов	Сутки развития эмбрионов	Стадия и качество/оценка эмбрионов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных эмбрионов	Качество эмбрионов после размораживания	Число перенесенных эмбрионов	Число оставшихся эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога

Форма

Журнал учета, хранения и использования криоконсервированных эмбрионов доноров

п/п	№ (код) донора ооцитов для эмбрионов	№ (код) донора спермы для эмбрионов	Дата криоконсервации	Число эмбрионов	Сутки развития эмбрионов	Стадия и качество/оценка эмбрионов	Вид и среда криоконсервации	Место хранения эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога	Дата	Число размороженных эмбрионов	Качество эмбрионов после размораживания	Число перенесенных эмбрионов	Число оставшихся эмбрионов	ФИО, подпись эмбриолога

Форма

Журнал учета искусственных инсеминаций (ии)

Дата	Ф.И.О. пациентки	N мед.карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях/карты стационарного больного	Номер донора	Донорская/гомологичная сперма	Замороженная/не подвергнутая криоконсервации сперма	Спермограмма	Проведено процедур ИОСД

Форма

Журнал учета имплантации эмбриона через интерцитоплазматическую инъекцию сперматазоида (ИКСИ)

Дата	Ф.И.О. пациентки	№ мед.карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях/карты стационарного больного	Номер донора	Донорская/гомологичная сперма	Замороженная/не подвергнутая криоконсервации сперма	Спермограмма	Проведено процедур ИОСД	ФИО, подпись эмбриолога

Форма

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Я
Мы, _____
(Ф.И.О., год рождения)

Просим провести нам лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (нужное обозначить):

- ☐ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- ☐ экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);
- ☐ физиологическая интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ПИКСИ);
- ☐ искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:
  - криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;
  - криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;
  - криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Просим провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Нам разъяснен порядок проведения лечения программой 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 переноса;

- 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.

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.

Нам понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов мы

☐даем согласие ☐не даем согласие.

Заявляем, что изложили врачу все известные нам данные о состоянии нашего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в наших семьях.

Мы берем на себя обязательство пройти медицинское обследование в соответствии с требованиями приказа МЗ КР, соблюдать строго сроки и схему обследования и лечения, использовать только назначенные препараты.

Мы информированы, что могут быть выявлены неизвестные факторы из-за которых меняется план или метод лечения, и даем согласие на дополнительные процедуры для ВРТ за счёт собственных средств.

Информированы, что потребуется не одна попытка, возможно необходимо провести перенос криоконсервированных эмбрионов в отсроченным периоде из-за высоких рисков снижающих результативность (гиперплазия эндометрия, гипоплазия эндометрия, СГЯ, острые воспаления любой локализации идр.).

Мы предупреждены о том, что лечение программой ЭКО/ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение 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).

Мы предупреждены о том, что процедуры ЭКО используют методику супер овуляции, полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными, прекращение дробления оплодотворённой яйцеклетки. Предупреждены также, что прекращение программы ЭКО может быть в случае если один из супругов заболел инфекционновирусным и венерическим заболеванием. В случае возникновения этих осложнений после переноса эмбриона Центр ВРТ не несёт ответственности за течение беременности, ее исход и здоровье родившегося ребенка.

Мы информированы, что лечение методом ЭКО может иметь осложнения кровотечение, воспаление, ранение соседних органов, СГЯ, формирование кист яичников, аллергические реакции, побочные действия лекарств.

Нам известно, что наступившая в результате лечения беременность может быть внематочной, многоплодной, прерваться в любые сроки

беременности. В случае многоплодия мы понимаем риск акушерских осложнений и необходимость редукции излишнего плода. Информированы, что частота врождённых пороков и наследственных заболеваний у детей после ЭКО не отличается от частоты общей популяции. В случае рождения ребенка после лечения методами ВРТ мы обязуемся взять на себя права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, предоставленную нам специалистами организации здравоохранения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Мы имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы мы получили удовлетворившие нас ответы.

Наши половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, просим (обвести нужное): криоконсервировать, утилизировать, передать в распоряжение ЦентраВРТ. Мы обязуемся не устанавливать личность донора и не предпринимать попыток к этому, не предъявлять претензии к сотрудникам Центра ВРТ в случае рождения ребенка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от нашей национальности, при использовании донорских биоматериалов.

Мы даём согласие на сбор и обработку персональных данных в соответствии с законодательством КР. Наше решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение лечения с применением ВРТ.

Подписи

Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

Дата: _____

Форма

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий одинокой женщины

Я, _____

(Ф.И.О., год рождения)

Прошу провести мне лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (нужное обозначить):

- ☐ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- ☐ экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);
- ☐ физиологическая интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ПИКСИ);
- ☐ искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:

Лечение прошу провести с использованием (нужное обозначить) : моих ооцитов, донорских ооцитов добровольно выбранного мною, донорской спермой добровольно выбранного мною.

Прошу провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне разъяснен порядок проведения лечения программой 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 переноса;

- 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 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

понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я

☐даю согласие ☐не даю согласие.

Заявляю, что изложили врачу все известные нам данные о состоянии моего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

Я беру на себя обязательство пройти медицинское обследование в соответствии с требованиями приказа МЗ КР, соблюдать строго сроки и схему обследования и лечения, использовать только назначенные препараты, могут быть выявлены неизвестные факторы из-за которых меняется план или метод лечения, даю согласие на дополнительные процедуры для ВРТ за счёт собственных средств, потребуется не одна попытка, возможно перенос крио консервированных эмбрионов в отсроченным периоде из-за высоких рисков снижающих результативность (гиперплазия эндометрия, гипоплазия эндометрия, СГЯ, острые воспаления любой локализации идр.).

Я предупреждена о том, что лечение программой ЭКО/ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение 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 разъяснены методика и порядок лечения согласно требованиям приказа МЗ, при использовании донорской спермы или ооцитов обязаны пройти обследование, строго соблюдать сроки и схемы лечения, могут быть выявлены неизвестные факторы, которые изменят план или метод лечения, эффективность до 30-40 процентов только, потребность не одной попытки.

Я предупреждена о том, что процедуры ЭКО используют методику супер овуляции, полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными, прекращение дробления оплодотворённой яйцеклетки, прекращение программы ЭКО в случае если один из супругов заболел инфекционновирусным, венерическим заболеванием, в случае возникновения этих осложнений после переноса эмбриона Центр не несёт ответственности за течение беременности, ее исход и здоровье родившегося ребенка.

Я информирована что лечение методом ЭКО может иметь осложнения кровотечение, воспаление, ранение соседних органов, СГЯ, формирование кист яичников, аллергические реакции, побочные действия лекарств.

Мне известно, что наступившая в результате лечения беременность может быть внематочной, многоплодной, прерваться в любые сроки беременности. В случае многоплодия я понимаю риск акушерских осложнений и необходимость редукции излишнего плода. Информированы, что частота врождённых пороков и наследственных заболеваний у детей после ЭКО не

отличается от частоты общей популяции.

В случае рождения ребенка после лечения методами ВРТ я обязуюсь взять на себя права и обязанности родителя в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную нам специалистами организации здравоохранения 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 нам вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы.

Мои ооциты /эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ИКСИ/ИИ, прошу (обвести): криоконсервировать, утилизировать, передать в распоряжение в Центр ВРТ

Я обязуюсь не устанавливать личность донора и не предпринимать попыток к этому, не предъявлять претензии к сотрудникам Центра ВРТ в случае рождения ребенка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от моей национальности. Я даю согласие на сбор и обработку персональных данных в соответствии с законодательством КР. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение лечения с применением ВРТ.

Подписи Врач _____ _____

Ф.И.О. подпись

\

Форма

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции эмбриона(ов)/плода(ов)

Я, _____

Ф.И.О., год рождения

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у меня многоплодной беременностью, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство путем проведения операции редукции _____ эмбриона(ов)/плода(ов).

Мед.работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я информирована, что операция редукции эмбриона(ов)/плода(ов) может привести к прерыванию беременности.

Я понимаю, что по причинам, не зависящим от врачей и медицинского персонала, в результате оперативного внутриматочного 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 медицинскому работнику 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 медицинским работником о целях, методах медицинского вмешательства, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах; я имела возможность обсудить с медицинским работником 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. Мне разъяснено, что я имею право отказаться медицинского вмешательства или потребовать его (их) прекращения, за

исключением случаев, предусмотренных пунктом 2 статьи 69 Закона Кыргызской Республики от 12 января 2024 года № 14 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике». Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Врач _____Дата_____

Форма

Информированное добровольное согласие суррогатной матери

Я

_____

(Ф.И.О., год рождения)

добровольно изьявляю желание стать суррогатной матерью. Обязуюсь пройти для этого медобследование в объеме установленный _____ (Центр ВРТ) и в соответствии с требованиями приказа МЗ КР, я заявляю что изложила врачу Центра ВРТ все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье. Я понимаю, что эти данные и результаты моего обследования будут сообщены мне и заказчику супружеской паре.

Мне разъяснены методика и порядок процедур ЭКО, и мне понятны что: потребуется не одна попытка, беременность может быть внематочной, попытки переноса эмбриона могут оказаться безрезультатными, надо соблюдать строго схему обследования и лечения, использовать только назначенные лекарства, что в случае отказа выплатить заказчикам и возместить расходы связанные с подготовкой к ЭКО, что в процессе лечения могут выявить неизвестные факторы из-за которых меняется план или метод лечения, что эффективность лечения методом ЭКО в среднем 40 процентов.

Предупреждена, что если в этот период заболею острым инфекционным заболеванием немедленно прекращается программа ЭКО, и в случае возникновения подобных осложнений после переноса эмбрионов Центр ВРТ не несёт ответственности за течение беременности, ее исход и здоровье родившегося ребенка.

Я информирована о том, что лечение методом ЭКО может иметь осложнения вызванное выполнением процедуры - кровотечение, воспаление, ранение соседних органов. В случае многоплодия я понимаю опасность акушерских осложнений, и необходимость редукции лишнего плода.

Я информирована что на период подготовки (14 дней) и после подсадки (20 дней) исключить интимные отношения с супругом/партнёром. Я внимательно прочла и поняла всю информацию, имела возможность обсудить все непонятные вопросы, на все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение процедуры ЭКО в Центре ВРТ.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами организации здравоохранения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я даю согласие на сбор и обработку персональных данных в соответствии с законодательством КР. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение ЭКО мне как суррогатной матери.

Подписи _____ Врач _____ _____

Ф.И.О.

Дата: _____

Форма

Информированное добровольное согласие
на криоконсервацию и хранение ооцитов

Я _____

_____
(Ф.И.О., год рождения)

по добровольному согласию прошу провести в _____ (Центр ВРТ) замораживание и хранение моих ооцитов на срок _____.

Я заявляю, что изложила все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях.

Я информирована, что в результате замораживания качественные характеристики ооцитов изменяются, после разморозки могут утратить пригодность. Мне разъяснены порядок процедур, и я согласна оплачивать криоконсервацию в соответствии с прейскурантом, строго соблюдать правила и условия криоконсервации ооцитов, строго соблюдать схемы лечения, использовать только назначенные препараты.

Я предупреждена, что при пункции в фолликулах яйцеклетки могут отсутствовать, яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными.

Я предупреждена, что отмена пункции фолликулов будет при острых заболеваниях, могут быть осложнения при стимуляции яичников, осложнения при использовании лекарств (СГЯ, кисты яичников, аллергические реакции, другие побочные действия), осложнения во время пункции фолликулов, также могут быть при форс-мажорных событиях риск нарушения условий хранения ооцитов, и в этих случаях Центр ВРТ не несёт ответственности за гибель ооцитов.

Подтверждаю, что внимательно прочла и поняла информацию, имела возможность обсудить все непонятные и интересующие меня вопросы, получила удовлетворившие меня ответы.

Я даю согласие на сбор и обработку персональных данных в соответствии с законодательством КР.

Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Врач _____ _____
Ф.И.О. подпись

Подписи
(расшифровка) _____ Дата: _____