**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**«ВОТКИНСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА**

**Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»**

**(БУЗ УР «Воткинская РБ МЗ УР»)**

**Женская КОНСУЛЬТАЦИЯ №1**

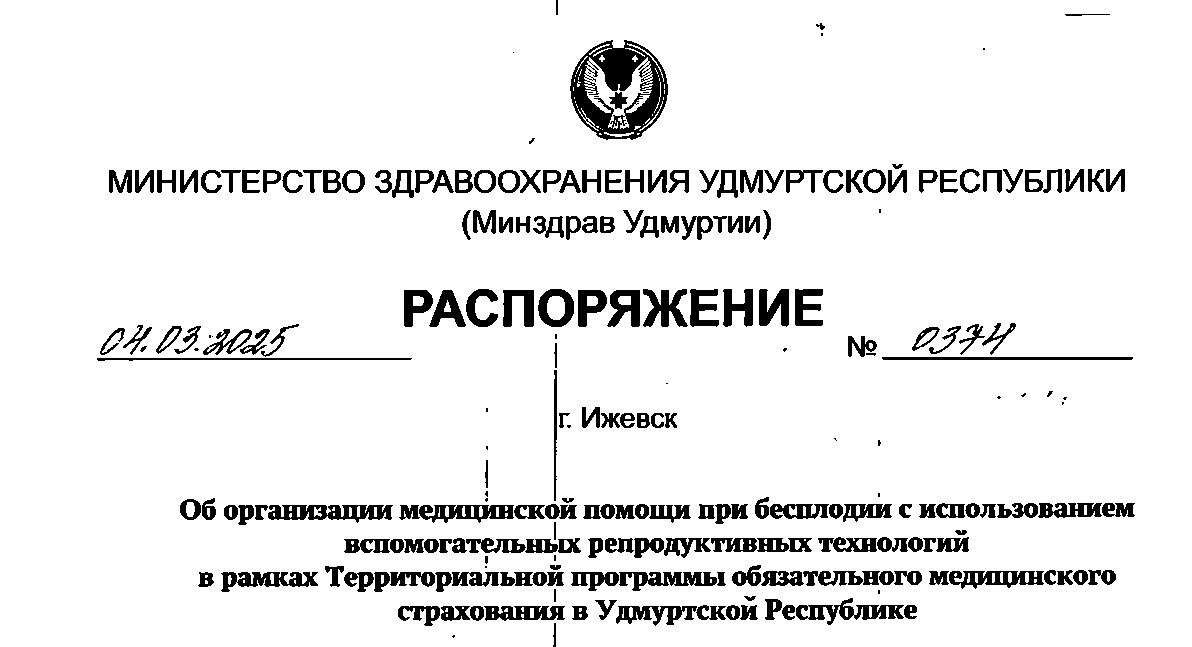
**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ**

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**ПРИ БЕСПЛОДИИ**

**С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**



**Распоряжение нормативное №0374 от 04.03.2025 "Об организации медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике»**

**СОДЕРЖАНИЕ:**

1. Приложение 5 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374

Рекомендуемая выписка из амбулаторной̆ карты пациента при направлении на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС в Удмуртской республике.

1. Приложение 6 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374 Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации: ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ, ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ (муж, партнёр).
2. Приложение 7 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374 Протокол №\_ решения комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС от «\_»\_\_2025 года.
3. Приложение 8 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374 Направление для проведения программы экстракорпорального оплодотворения и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.
4. Приложение 12 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374
5. Заявление о согласии на обработку персональных данных.
6. Приложение 13 к распоряжению Минздрава Удмуртии от 04.03.2025г. № 0374

Информированное добровольное согласия на медицинское вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации.

Приложение 5

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Рекомендуемая выписка из амбулаторной̆ карты пациента при направлении на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках Территориальной программы ОМС**

**в Удмуртской республике**

Выписка из амбулаторной̆ карты № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение здравоохранения БУЗ УР «Воткинская РБ МЗ УР»

Адрес учреждения: УР, г. Воткинск, ул. Кирова, 39.

E-mail: [polikzhk@rbvotkinsk.ru](mailto:polikzhk@rbvotkinsk.ru)

Телефон: 8(34145) 4-50-51, 5-06-14.

**Фамилия, имя, отчество пациента (женщина)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: МКБ-10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шифр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основной̆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующий̆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные анамнеза: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наследственный̆ анамнез: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эпидемиологический анамнез (сифилис, туберкулёз, гепатиты, новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2)

Перенесённые соматические заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесённые гинекологические заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Менструальная функция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Менструации с лет; установились: сразу, нет, через месяцев, по дней; через дней; скудные, умеренные, обильные; без/болезненные; не/регулярные

Половая функция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Половая жизнь с лет.

Контрацепция (метод и период применения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Беременность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Роды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Аборты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **год** | **исход** | **особенности** |
|  |  |  |

Масса тела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИМТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перенесённые операции:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **год** | **операция** | **объем операции** | **гистология** |
|  |  |  |  |

**Попытки ЭКО** в хронологическом порядке - дата (год) проведения, указать вид программы (стимуляция, криоперенос), количество полученных клеток, перенесенных эмбрионов - результат, отдельно указать ЭКО со стимуляцией или криоперенос.

***Комментарии:*** *приложить копии эмбриологических протоколов и выписки из клиник о проведённом лечении.*

*Пример,*

|  |  |
| --- | --- |
| **год** | **попытка ЭКО** |
|  |  |

***Комментарии:*** *при планировании проведения криопереноса по ОМС указать количество замороженных эмбрионов и название клиники. Приложить копии протоколов криоконсервация и заключение репродуктолога о возможности проведения криопереноса по полису ОМС.*

**Терапия,** которую пациентка получает в плане подготовки к программе ЭКО и (или) криопереноса

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат, единицы измерения | Дата исследования |
| **АМГ** |  |  |
| **ФСГ** |  |  |
| **ЧАФ в обоих яичниках по УЗИ** |  |  |

**Фамилия, имя, отчество мужчины** (мужа, мужчины, не состоящего в браке с женщиной, давшего информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на применение ВРТ)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение врача уролога** об отсутствии противопоказаний для программы ЭКО; при мужском факторе бесплодия или патоспермии - с указанием диагноза и рекомендациями по методу оплодотворения.

**Заключение врача акушера гинеколога** с указанием диагноза, планируемого метода лечения (программа ЭКО и (или) криопереноса)

Пациентка направляется на программу ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС (подчеркнуть).

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель подразделения (поликлиники)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_ г

*К выписке прикладываются д****анные лабораторных и инструментальных методов обследования***

***(оригиналы, приложить дополнительно копии, заверенные подписью и печатью лечащего врача)***

Приложение 6

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Срок годности результатов обследования для оказания медицинской помощи**

**с использованием вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Список необходимых исследований | ВРТ | ПЕРЕНОС КРИОЭМБРИОНА | |
|  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное, включая определение количества антральных фолликулов (далее – КАФ) в раннюю фолликулярную фазу цикла | в течение 2-х недель перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий | | |
|  | Регистрация электрокардиограммы | 1 год | | |
|  | Флюорография лёгких | 1 год | | |
|  | Ультразвуковое исследование молочных желёз на 7-11 день менструального цикла, с возраста 40 лет и старше – маммография | 1 год | | |
|  | Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficience virus HIV l/2+Agp24) в крови | 3 месяца | | |
|  | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови | 3 месяца | | |
|  | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV Ig М) к вирусу гепатита С (Hepatitis С virus) в крови | 3 месяца | | |
|  | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови | 3 месяца | | |
|  | Общий клинический анализ крови | 1 месяц | | |
|  | Анализ крови биохимический: о белок, глюкоза, мочевина, ACT, АЛТ, креатинин, общий билирубин, связанный билирубин | 1 месяц | | |
|  | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | 1 месяц | | |
|  | Общий (клинический) анализ мочи | 1 месяц | | |
|  | Определение иммуноглобулинов класса M и G к вирусу краснухи (Rubella) в крови | при наличии иммуноглобулинов класса М – 1 месяц; при наличии иммуноглобулинов класса G не, ограничен | | |
|  | Определение основных групп по системе АВ0 антигена D системы Резус (резус-фактор) | неограничен | | |
|  | Микроскопическое исследование влагалищных мазков (pH)| | 1 месяц | | |
|  | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемых половым путём (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis) | 3 мес | | |
|  | Цитологическое исследование микропрепарат шейки матки (мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала) или жидкостная цитология | 1 год | | |
|  | Определение гормонов – антимюллерова гормона (АМГ) в крови на 3-5 день менструального цикла | 6 мес | | нет |
|  | Определение гормонов фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови на 3-5 день менструального цикла | 6 мес | | нет |
|  | Определение гормонов – лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, общего эстрадиола, тиреотропного гормона (ТТГ), антител к тиреопероксидазе в крови на 3-5 день менструального цикла; определение уровня прогестерона в крови за 5-7 дней до менструации | 6 мес | | нет |  |
|  | Определение гормонов – общего тестостерона, 17- ОН прогестерона, глобулина, связывающего половые гормоны, андростендиона, ДГЭА сульфат в крови \* | 6 мес | | нет |  |
|  | Консультация врача-терапевта | 1 год | | |  |
|  | Оценка проходимости маточных труб с помощью гистеросальпингографии или  соногистеросальпингографии | 1 год | | нет |  |
|  | Лапароскопия (для комплексной оценки состояния органов малого таза и хирургический этап лечения, при подозрении на трубный фактор бесплодия, спайках в малом тазу, подозрении на эндометриоз, пороках развития внутренних половых органов) \* | 1 год | | нет |  |
|  | Гистероскопия (при патологии эндометрия) \* | 1 год | | 1 год |  |
|  | Консультации специалистов: кардиолог, онколог, эндокринолог, нефролог, уролог, гематолог и т.д. \* | 1 год | | 1 год |  |
|  | Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным) \* | 1 месяц | | |  |
|  | Справка из психоневрологического диспансера (по рекомендации психолога или психотерапевта) \* | 1 год | | |  |
|  | Осмотр и консультация врача генетика, и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование). Женщинам, имеющим в анамнез (в т.ч. у близких родственников)  случаев врождённых пороков развития и хромосомных болезней, женщинам, | страдающим первичной аменореей. Заключение. \* | однократно | | |  |
|  | Спермограмма | 6 мес | | нет |  |
|  | Заключение врача уролога по состоянию репродуктивного здоровья мужа (партнёра) | 6 мес | | нет |  |

**ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ** (муж, партнёр)

При криопереносе обследование мужчины не проводится

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Список необходимых исследований** | **Срок годности**  **результатов при обследовании для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ и искусственной инсеминации** |
| 1 | Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 и антигена р24 (Human immunodefidence virus HIV l/2+Agp24) в крови | 3 месяца |
| 2 | Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови | 3 месяца |
| 3 | Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV Ig М) к вирусу гепатита С (Hepatitis С virus) в крови | 3 месяца |
| 4 | Определение антител к бледной трепонеме (Tieponema pallidum) в крови | 3 месяца |
| 5 | Определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор) при наличии резус отрицательной крови у супруги (партнёрши) | не ограничен |
|  | Микробиологическое (культуральное) исследование эякулята на аэробные и факультативно анаэробные условно-патогенные микроорганизмы\*\* |  |
| 6 | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек мужских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых поповым путём (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma spp., Trichomonas vaginalis) \* | 1год |
| 7 | Спермограмма, MAR тест | 6 месяцев |
| 8 | Консультация врача-уролога | 6 месяцев |
| 9 | Заключение из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфицированным) \* | 1 месяц |

\* По показаниям

\*\* При повышении уровня лейкоцитов в эякуляте

Приложение 7

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Протокол №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**решения комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики по отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2025 **года**

Комиссией рассмотрены! медицинские документы пациента:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.: |  | | |
| дата рождения: |  | | |
| место жительства: |  | | |
| диагноз заболевания (состояния): | |  | |
| Заключение (нужное подчеркнуть): | | |  |
| 1. Направить пациента на оказание программы ЭКО в рамках средств ОМС  * в медицинскую организацию на территории Удмуртской республики; * в Федеральный Центр; * в медицинскую организацию на территории Удмуртской республики с проведением   дополнительно (не входит в базовую программу) ПГД (предимплантационной генетической диагностики);   1. Отказать в направлении на Программу ЭКО и (или) криоперенос в рамках территориальной программы ОМС с указанием причины отказа:  * отсутствие показаний; * наличие противопоказаний; * наличие ограничений к базовой программе лечения бесплодия методом ВРТ; | | | |
| необходимость дообследования <\*> | | |  |
|  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Код диагноза по МКБ-10: |  |
| Рекомендации: |  |
|  |  |
|  |  |
| Председатель: |  |
| Секретарь: |  |

Примечание: <\*> Указывается необходимый объем обследования.

Приложение 7

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Протокол №\_\_\_\_\_\_**

**решения комиссии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики**

**по отбору пациентов для проведения программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

Комиссией рассмотрены медицинские документы пациента:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

диагноз заболевания (состояния): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заключение (нужное подчеркнуть):

1. Направить пациента на оказание программы ЭКО в рамках средств ОМС

- в медицинскую организацию на территории Удмуртской республики;

- в Федеральный Центр;

- в медицинскую организацию на территории Удмуртской республики с проведением дополнительно (не входит в базовую программу) ПГД (предимплантационной генетической диагностики);

2. Отказать в направлении на программу ЭКО и (или) криоперенос в рамках территориальной программы ОМС с указанием

причины отказа:

- отсутствие показаний;

- наличие противопоказаний;

- наличие ограничений к базовой программе лечения бесплодия методом ВРТ;

- необходимость дообследования <\*> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Код диагноза по МКБ-10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Председатель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Секретарь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание: <\*> Указывается необходимый объем обследования.

Приложение 8

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО (отчество указывается при наличии) направляемого пациента для проведения программы ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения пациента) (возраст пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полис обязательного медицинского страхования пациента) (СНИЛС пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации по месту пребывания (жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код диагноза пациента по МКБ-10)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

криоконсервированных эмбрионов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, в которой выдано направление)

1 Мая ул., д. 93, г. Воткинск, Удмуртская Республика, 427433, тел./факс: (34145) 2-88-00,

e-mail: [office@rbvotkinsk.ru](mailto:office@rbvotkinsk.ru); <http://gb2votkinsk.ru/>

ЖК1: Кирова, 39, г. Воткинск, Удмуртская Республика, 472430,

тел./факс: 8 (34145) 5-06-14, 4-50-51, e-mail: [polikzhk@rbvotkinsk.ru](mailto:polikzhk@rbvotkinsk.ru)

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

Акушер-гинеколог                                                  Крылова Елена Витальевна

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

 Акушер-гинеколог                                                         Зубарева Алевтина Васильевна

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

Акушер-гинеколог                                                        Репина Анна Алексеевна

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

Зав. женской консультацией №1                              Наумова Ольга Александровна

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Приложение 12

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Заявление о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания медицинской помощи по проведению программы ЭКО и (или) криопереноса в рамках территориальной программы ОМС.

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2. Пол: \_\_\_женский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(число, месяц, год) (женский, мужской – указать нужное)

5. Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Адрес по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес по месту жительства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Серия, N полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),

наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

10. Сведения о законном представителе (доверенном лице) <\*>: - фамилия, имя, отчество, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

- почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

- документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание: <\*> Пункт 8 настоящего заявления заполняется в том случае, если заявление заполняет законный представитель (доверенное лицо) гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна) (нужное подчеркнуть).

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Ф.И.О. и подпись гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 13

к распоряжению

Минздрава Удмуртии

от\_04.03.2025г.

№ \_\_0374\_\_\_

**Информированное добровольное согласия на медицинское**

**вмешательство с применением вспомогательных репродуктивных**

**технологий и искусственной инсеминации**

Я (Мы), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);

- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);

- искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:

криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;

криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Прошу (просим) провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне (Нам) разъяснён 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 врождённых 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 ребёнка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению.

Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(даю (ем) согласие) (не даю (ем) согласие)

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

- утилизировать

- донировать

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

Я (Мы) предупреждена (ы) 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 (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

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

Я (Мы) имела (и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила (и) удовлетворившие меня (нас) ответы.

Моё (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи (расшифровка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_