



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «14» сентября 2021 г.

№ 10

О порядке направления  
жителей Костромской области  
на процедуру экстракорпорального  
оплодотворения за счет средств  
обязательного медицинского страхования

В целях совершенствования медицинской помощи жителям Костромской области, страдающим бесплодием, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) порядок направления жителей Костромской области с различными формами бесплодия на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО) / переноса криоконсервированного эмбриона, за счет средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС) (далее Порядок) в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

2) состав комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

3) протокол комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору граждан для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

4) направление для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу;

5) выписку из амбулаторной карты пациента в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу;

6) лист ожидания на процедуру ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу;

7) заявление о согласии на обработку персональных данных в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу;

8) заявление о выборе медицинской организации для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу.

2. Комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для лечения бесплодия методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет ОМС обеспечить:

1) рассмотрение выписки из медицинской документации пациента;

2) принятие решения о направлении пациента для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС.

3. Секретарю комиссии департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для лечения бесплодия методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет ОМС обеспечить:

1) оформление протокола заседания комиссии (приложение № 3);

2) извещение пациенток области о решении комиссии департамента здравоохранения Костромской области;

3) выдачу направления на проведение процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС (приложение № 4);

4) ведение листа ожидания и учет выданных направлений (приложение № 6).

4. Главному врачу ОГБУЗ «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» Дубровиной О.Н. обеспечить:

1) ведение и актуализацию регистра бесплодных пар с выписками из других медицинских организаций с картотекой при регистратуре ОГБУЗ «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

2) рассмотрение врачебной комиссией ОГБУЗ «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» медицинских документов жителей области с учетом сроков, в течение которых анализы признаются действительными, при условии отсутствия противопоказаний к проведению ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона, с целью недопущения направления пациентов на повторное лабораторное обследование.

5. Главным врачам медицинских организаций Костромской области, осуществляющим подготовку бесплодных пар к проведению процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона обеспечить:

1) обследование жителей Костромской области с различными формами бесплодия с соблюдением сроков годности для направления на лечение методом вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона) за счет средств ОМС в соответствии с приложением № 4 к Порядку использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;

2) направлять бесплодную пару с выпиской в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу на комиссию департамента здравоохранения Костромской области по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона пациентам с различными формами бесплодия (за счет средств ОМС);

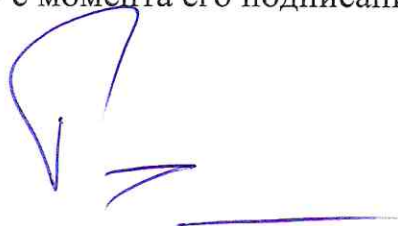
3) предоставлять ежемесячно, в срок до 5 числа, в ОГБУЗ «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» информацию в соответствии с приложением № 9 к настоящему приказу.

6. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 21.06.2019 № 312 «О порядке направления жителей Костромской области на процедуру экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования» (с изменениями от 19.07.2019 № 377).

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

8. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

Директор департамента



Н.В. Гирин

Порядок направления жителей Костромской области с различными формами бесплодия на лечение с использованием вспомогательных репродуктивных технологий методом ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств ОМС

1. Настоящий Порядок направления граждан Костромской области для проведения процедуры ЭКО / криоконсервированного эмбриона за счёт средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) регламентирует деятельность по направлению пациентов на лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Предварительное обследование пациентов выполняется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

3. При установлении пациенту диагноза бесплодия, лечащим врачом оформляется выписка из медицинской документации (приложение № 5) к настоящему приказу.

4. Показаниями для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

1) неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше;

2) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ЭКО выше, чем при применении других методов;

3) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование, независимо от статуса фертильности;

4) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности искусственной инсеминации);

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

5. Противопоказания к применению вспомогательных репродуктивных технологий предусмотрен приложением № 2 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Ограничениями для проведения ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов являются:

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

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

3) состояния, при которых имеются показания для суррогатного материнства;

4) острые воспалительные заболевания любой локализации до излечения.

6. Определение наличия показаний, противопоказаний и ограничений для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов осуществляется лечащим врачом.

7. Документы (п.8 настоящего Порядка) предоставляются заявителем в департамент здравоохранения Костромской области по адресу:

г. Кострома, ул. Свердлова, 129, 4-й этаж, каб.49, в пн., вт., чтв., пн., с 9:00 до 18:00, с 13:00 до 14:00 - обед. Телефон для справок: 8(4942) 45-76-03.

8. Состав пакета документов:

- заявление о согласии на обработку персональных данных в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу;

- заявление о выборе медицинской организации для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона в соответствии с приложением №8 к настоящему приказу;

- выписка из медицинской документации в соответствии с приложением №5 к настоящему приказу;

- копии паспорта гражданина Российской Федерации (лицевая часть и место регистрации), полиса ОМС пациента, свидетельства обязательного пенсионного страхования пациента.

6. Пакет документов рассматривается на Комиссии.

7. При положительном решении заявитель получает направление для проведения процедуры ЭКО / переноса криоконсервированного эмбриона за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение №4) на руки. С направлением заявителю необходимо обращаться в медицинскую организацию. При отрицательном решении Комиссии информация передаётся пациенту по телефону.

8. При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться по решению Комиссии в Лист ожидания в соответствии с настоящим Порядком, при условии соблюдения очередности.

Состав Комиссии департамента здравоохранения Костромской области  
по отбору пациентов с различными формами бесплодия  
(трубным, эндокринным, иммунологическим, мужским)  
для направления на ЭКО / перенос криоконсервированного эмбриона

- |  |   |
|--|---|
| Мавренкова Анна<br>Николаевна                    | - начальник отдела развития медицинской помощи<br>детям и службы родовспоможения,<br>председатель комиссии;   |
| Гузанова Ирина<br>Евгеньевна                     | - заместитель начальника отдела развития<br>медицинской помощи детям и службы<br>родовспоможения,<br>заместитель председателя комиссии;                               |
| Пакина Ольга<br>Сергеевна                        | - главный специалист отдела развития медицинской<br>помощи детям и службы родовспоможения,<br>секретарь комиссии.   |
| Члены комиссии:<br>Федоренко Анна<br>Владимирова | - главный врач ОГБУЗ «Родильный дом г.Костромы»,<br>главный внештатный специалист по акушерству и<br>гинекологии департамента здравоохранения<br>Костромской области; |
| Дубровина Ольга<br>Николаевна                    | - главный врач ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи<br>и репродукции Костромской области «Центр матери<br>и ребенка»;  |
| Горюнов Алексей<br>Александрович                 | - начальник акушерско-гинекологической службы<br>ОГБУЗ «Костромская областная клиническая<br>больница имени Королева Е.И» ;   |
| Ступин Владимир<br>Михайлович                    | - главный внештатный специалист по урологии<br>департамента здравоохранения Костромской<br>области;   |
| Астахов Михаил<br>Васильевич                     | - специалист департамента здравоохранения<br>Костромской области по акушерству и гинекологии;   |
| Данилов Константин<br>Эдуардович                 | - главный внештатный специалист по<br>репродуктологии департамента здравоохранения<br>Костромской области   |

Приложение №3  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Протокол  
заседания комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО /  
криопереноса пациенткам за счет средств ОМС

№ \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель комиссии:

Заместитель председателя комиссии:

Секретарь:

Члены комиссии:

Ф.И.О. пациентки

(полностью)

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Основной диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Код по МКБ – 10 \_\_\_\_\_

Заключение: по данным медицинской документации пациент нуждается:

- в проведении процедуры ЭКО / криопереноса за счет средств ОМС в

\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения, куда направляется пациентка)

\_\_\_\_\_

- рекомендовано дообследование (необходимый объем обследования, диагноз, код диагноза по МКБ -10, наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_

Председатель комиссии:

Зам.председателя комиссии:

Члены комиссии:

Приложение №4  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Направление для проведения процедуры ЭКО / криопереноса  
в рамках базовой программы ОМС

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО направляемого пациента для проведения ЭКО/ криопереноса)

\_\_\_\_\_  
(шифр пациента)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(возраст пациента)

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

\_\_\_\_\_  
(полис ОМС)

\_\_\_\_\_  
(СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации / места жительства)

\_\_\_\_\_  
(код диагноза по МКБ)

\_\_\_\_\_  
(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО/ криопереноса)

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

Департамент здравоохранения Костромской области

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

г.Кострома, ул.Свердлова 129, тел.(4942) 316914, факс (4942)316981  
(адрес, тел., факс, адрес эл.почты)

\_\_\_\_\_  
(ФИО должностного лица)

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
Председатель комиссии  
(должность)



Приложение №5  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Форма выписки из медицинской карты амбулаторного больного № \_\_\_\_\_  
(вариант для заполнения)

Адрес учреждения: (указать адрес МО)

Телефон: (Указать телефон МО)

E-mail: (Указать email МО)

Ф.И.О. (Указать ФИО пациента)

Дата рождения (указать дату рождения пациента)

Место жительства: (указать место постоянной регистрации)

Номер, серия полиса ОМС, название страховой компании.

СНИЛС:

Пациентка ФИО, возраст направляется для:

1. Проведения процедуры ЭКО и ПЭ за счет средств ОМС

2. Проведения процедуры переноса криоконсервированного эмбриона за счет ОМС

Аллергологический анамнез:

Наследственный анамнез:

Перенесенные болезни: Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам, состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, включая гинекологические заболевания до начала половой жизни и при половой жизни (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

Менструальная функция:

Семейный анамнез:

Контрацепция:

Гинекологические заболевания и перенесенные операции:

(перечислить в хронологической последовательности, при описании операций указать только диагноз и объем операции, без описания хода операции)

Репродуктивная функция: количество Б- (А-, Р-, В)- (перечислить в хронологической последовательности)

Год	Беременность	Особенности течения

--	--	--

Данные обследования

1.

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассе мана
ВИЧ	отр.		
Сифилис	отр.	отр.	отр.
Гепатит В			
Гепатит С			

2.Группа крови резус фактор— дата анализа.

3 Клинический анализ крови—дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
Базофилы		
Эозинофилы		
Миелоциты		
Метамиелоциты		
Палочкоядерные		
Сегментоядерные		
Лимфоциты		
Моноциты		

4.Общий анализ мочи - дата анализа:

Биохимический анализ крови - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		

общий билирубин		
креатинин		
холестерин		
мочевина		
АСТ		
АЛТ		

б.Коагулограмма - дата анализа.

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АЧВТ		
Фибриноген по Клаусу		
протромбиновое время		

Заключение:

Возможно проведение тех показателей коагулограммы, которые проводятся по месту жительства.

При выявлении нарушений показателей коагулограммы — показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: проведение программы ЭКО и ПЭ, беременность не противопоказаны.

7.Гормональное обследование: дата анализа — 3 й - 5й день менстр. цикла

Гормоны	показатели	но ма, единицы измерения
ФСГ		
ЛГ		
пролактин		
кортизол		
тестостерон.		
Т3 своб.		
Т4 своб.		
ТТГ		
Прогестерон — 20-22 день цикла дата		
Антимюллеров гормон		

8.ПЦР анализ на ИППП: дата анализа

Инфекция	результат
----------	-----------

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	не обнаружена
<i>Trichomonas vaginalis</i>	не обнаружена
<i>Chlamydia trachomatis</i>	не обнаружена
<i>Mycoplasma genitalium</i>	не обнаружена

9. Исследование сыворотки крови методом ИФА - дата анализа.

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

10. Мазок на флору — дата анализа.

	Влагалище	Цервикальный канал
Лейкоциты		
Пл. эпителий		
Гонококки нейс.		
Трихомонады		
Флора		

11 Кольпоскопия дата, заключение:

12. УЗИ органов малого таза: на 5-7 дни цикла: - дата исследования.

Заключение:

13 ЭКГ дата исследования. Заключение:

При выявлении патологии - Консультация кардиолога.

Диагноз:

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет

14. ФЛГ легких. Дата исследования. Заключение:

15. Консультация терапевта: дата осмотра. Диагноз: практически здорова. (при выявлении патологии указать : диагноз: хр. пиелонефрит в стадии ремиссии, дискинезия желчевыводящих путей).

Заключение: противопоказаний к проведению программы ЭКО и беременности нет. (обязательна у каждой пациентки).

УЗИ молочных желез - дата исследования (дать описание). Заключение:

Муж \_\_\_\_\_ дата рождения.

1.

Инфекция	дата анализа	дата анализа	дата анализа
	ИФА	РПГА	Реакция микрометод Вассермана
ВИЧ	отр.		

Сифилис	отр.		
Гепатит В	отр.		
Гепатит С	отр.		

2. ФЛГ дата исследования. Заключение:

Группа крови резус фактор — дата анализа.

4. Мазок на флору из уретры — дата анализа.

5. ПЦР анализ на ИППП: дата анализа

Инфекция	результат
Уреаплазма	не обнаружена
хламидии	не обнаружена
микоплазма	не обнаружена

6.

Спермограмма		Дата: анализа			
Параметры		Норма воз	Параметры		Норма ВОЗ
Воздержание		3-7 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		> 20 млн/мл
Время разжижения		6 0 мин	Кол-во сперматозоид. в эякуляте		> 40 млн/мл
Объем эякулята		2-4 мл	Подвижных		> 50 <sup>0</sup> /0
Вязкость			Из них: быстрых прогрессивных «а»		> 25 %

12

Цвет		Серо-молоч.	средних «в»		
РН		7,2-7,8	медленных «с»		
Агглютинация		нет	неподвижных		
Лейкоциты		1 млн/мл	Средняя прогрессивная скорость сперматозоид. «а»		
Спермоцитогамма					
Сперматозоиды в нормальной морфологией (Норма ВОЗ > 30 94)			Сперматозоиды с патологической морфологией		
			1. головки		
Сперматиды			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		

Заключение (пример): Нормоспермия

14

7. Консультация уролога: дата осмотра. Диагноз:

Клинический диагноз (пример):

Основной: Бесплодие I (II), обусловленное трубным фактором (эндокринным, цервикальным, маточным, иммунологическим, мужским).

В диагнозе указать (пример):

Состояние после удаления маточных труб, справа (слева).

Хронический двусторонний сальпингоофорит (сальпингит) с нарушением проходимости маточных труб в (проксимальных или дистальных отделах).

Спаечный процесс малого таза.

Поликистозные яичники.

Дисфункция яичников.

Эндометриоз.

Миома матки.

Сопутствующий:

все имеющиеся экстрагенитальные заболевания.

шифр по МКБ X:

Лечащий врач

Зав. женской консультацией или председатель ВК

(зав. отделением)

Главный врач

Печать лечебного учреждения

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение №6  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

ЛИСТ ОЖИДАНИЯ НА ПРОЦЕДУРУ ЭКО/криоперенос

№	шифр пациента	Дата подачи документов в ДЗО	Наименование организации	медицинской
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. пациента)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных департаменту здравоохранения Костромской области (далее – Оператор), расположенному по адресу: 156029, г.Кострома, ул.Свердлова, д.129

а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ со всеми данными, которые находятся в распоряжении Оператора с целью исполнения полномочий Оператора в направлении медицинской документации на рассмотрение в федеральные медицинские организации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств федерального бюджета, а также предоставления сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:  
фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие);  
паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность;  
дата рождения, место рождения;  
данные документов об инвалидности (при наличии);  
данные медицинского заключения;  
адрес места жительства (по регистрации и фактический), дата регистрации по указанному месту жительства;  
номер телефона (стационарный домашний, мобильный);  
данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;  
данные страхового медицинского полиса обязательного страхования граждан.

2. Перечень действий, на совершение которых дается согласие:  
Разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ, а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу) посредством специализированной информационной системы, осуществлять их обмен с федеральными медицинскими организациями, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).



В случае недееспособности, в том числе до достижения 18-летнего возраста, согласие на обработку моих персональных данных дает законный представитель.

3. Согласие на передачу персональных данных третьим лицам: Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данными между Оператором и третьими лицами в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях соблюдения моих законных прав и интересов.

4. Сроки обработки и хранения персональных данных:

Обработка персональных данных, прекращается по истечении десяти лет после подачи документов Оператору. В дальнейшем бумажные носители персональных данных подлежат уничтожению.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

**Настоящее согласие действует с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (Ф.И.О.) (дата подписи)

Приложение №8  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Председателю Комиссии А.Н. Мавренковой  
от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

тел. \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения  
проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года  
кем: \_\_\_\_\_

Заявление

Прошу выдать мне направление на проведение процедуры  
экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) / криопереноса  
в \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение №9  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_\_

Сведения о супружеских парах, состоящих на учете по бесплодию

Наименование медицинской организации	ФИО пациентов	Диагноз	Дата постановки на учет