Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНА

Распоряжением министерства

здравоохранения

Кировской области

От 16.12.2020 № 837

**Форма ежемесячного отчета медицинских организаций, оказывающих медицинскую   
помощь с использованием вспомогательных репродуктивных технологий   
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на территории Кировской области**

Медицинская организация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчетный месяц:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Число запланированных процедур ВРТ по ОМС на год | | Число запланированных процедур ВРТ по ОМС на месяц | | Число выполненных процедур ЭКО за месяц | | Число женщин, вставших на учет после процедур ВРТ за месяц | | Число родов после процедур ВРТ за месяц | Число детей, родившихся в результате процедур ВРТ за месяц, из них: | | |
| Полный цикл | Криоперенос | Полный цикл | Криоперенос | Полный цикл | Криоперенос | Полный цикл | Криоперенос |  | всего | двоен | троен и более |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № протокола | Дата выполнения процедуры ЭКО (полный цикл или криоперенос) | | Дата подтверждения беременности при исследовании крови на уровень ХГЧ | Дата подтверждения беременности при ультразвуковом исследовании | | Медицинское учреждение, в которое женщина планирует встать на учет по беременности |
|  |  | |  |  | |  |
| Количество женщин, которым было проведено ЭКО по ОМС | | | | | | |
| возраст | | Полный цикл | | | Криоперенос | |
| до 30 лет | |  | | |  | |
| 30-39 | |  | | |  | |
| 40-49 | |  | | |  | |