

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

## НАКАЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **09.09.2013** | **Київ** | **N 787** |

**Зареєстровано в Міністерстві юстиції України**  
**02 жовтня 2013 р. за N 1697/24229**

## Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Із змінами і доповненнями, внесеними  
 наказами Міністерства охорони здоров'я України  
 від 6 березня 2014 року N 165,  
від 6 березня 2024 року N 383  
*(враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29 березня 2024 року N 540),  
від 30 грудня 2024 року N 2197  
*(враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 18 січня 2025 року N 117)

Додатково див. наказ  
 Міністерства охорони здоров'я України  
 від 6 лютого 2014 року N 103

Відповідно до частини сьомої статті 281 Цивільного кодексу України, статті 123 Сімейного кодексу України, підпункту підпункту 10 пункту 4 та пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року N 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року N 90), з метою удосконалення медичної допомоги населенню при лікуванні безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій

**НАКАЗУЮ:**

(преамбула із змінами, внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

1. Затвердити Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні, що додається.

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій довести цей наказ до відома підпорядкованих закладів охорони здоров'я та здійснювати контроль за його впровадженням.

3. Визнати таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 грудня 2008 року N 771 "Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій", зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 березня 2009 року за N 263/16279.

4. Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги (М. Хобзей) забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому законодавством порядку.

5. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

6. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра О. Толстанова.

|  |  |
| --- | --- |
| **Міністр** | **Р. Богатирьова** |
| **ПОГОДЖЕНО:** |  |
| **Перший заступник Голови**  **Спільного представницького**  **органу сторони роботодавців**  **на національному рівні** | **О. Мірошниченко** |
| **Директор виконавчої дирекції**  **Фонду соціального страхування**  **від нещасних випадків на виробництві**  **та професійних захворювань України** | **В. Г. Акопян** |
| **Перший заступник Голови**  **Спільного представницького**  **органу всеукраїнських профспілок**  **та профспілкових об'єднань** | **Г. В. Осовий** |
| **Заступник директора** **виконавчої дирекції Фонду** **соціального страхування з**  **тимчасової втрати працездатності** | **Т. Г. Гайдук** |
| **Президент Національної**  **академії медичних наук України** | **А. М. Сердюк** |

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
09.09.2013 N 787

Зареєстровано  
в Міністерстві юстиції України  
02 жовтня 2013 р. за N 1697/24229

### ПОРЯДОК застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні

### I. Загальні положення

1.1. Цей Порядок регулює відносини між пацієнтами (жінками, чоловіками) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують застосування методик допоміжних репродуктивних технологій (далі - ЗОЗ), та визначає механізм та умови застосування методик допоміжних репродуктивних технологій.

1.2. У цьому Порядку терміни вживаються в таких значеннях:

допоміжні репродуктивні технології (далі - ДРТ) - методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах in vitro;

in vitro - техніка виконання експерименту чи інших маніпуляцій у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом;

інтрацитоплазматична ін'єкція сперми (далі - ІЦІС) (англ. ICSI - Intra Cytoplasmic Sperm Injection) - методика допоміжних репродуктивних технологій, при якій здійснюється введення сперматозоїда чоловіка або донора в цитоплазму ооцита (інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда);

(пункт 1.2 розділу I доповнено абзацом четвертим згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

процедура аспірації сперми з яєчок (англ. TESA - Testicular Sperm Aspiration Procedure) - методика допоміжних репродуктивних технологій, при якому здійснюється отримання (аспірація) сперми чоловіка або донора з тканини яєчка шляхом голкової біопсії декількох ділянок яєчок. Є інвазивною процедурою отримання сперматозоїдів.

(пункт 1.2 розділу I доповнено абзацом п'ятим згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

1.3. Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в Основах законодавства України про охорону здоров'я та нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

1.4. Допоміжні репродуктивні технології повинні застосовуватись в закладах охорони здоров'я, що мають ліцензію на впровадження господарської діяльності з медичної практики, відповідне оснащення та обладнання згідно з додатком 1 до цього Порядку.

Абзац другий пункту 1.4 виключено

(згідно з наказом Міністерства охорони  
 здоров'я України від 30.12.2024 р. N 2197,  
 *враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 18.01.2025 р. N 117)

(пункт 1.4 у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 06.03.2014 р. N 165)

1.5. Пацієнти мають право обирати ЗОЗ для проведення ДРТ.

1.6. Процедури ДРТ здійснюються в ЗОЗ, які мають медичний персонал згідно зі штатним розписом, затвердженим у ЗОЗ.

1.7. Повнолітні жінки та/або чоловіки мають право за медичними показаннями на проведення лікувальних програм ДРТ.

1.8. Питання щодо застосування методик ДРТ вирішується після оформлення заяви пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій за формою, наведеною в додатку 2 до цього Порядку (далі - Заява пацієнта щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій), медичного огляду та відповідного обстеження.

1.9. Дані медичного огляду та обстеження пацієнтів вносяться до форми первинної облікової документації N 025/о "Медична карта амбулаторного хворого N \_\_\_\_", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року N 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за N 661/20974.

1.10. У разі відсутності протипоказань на проведення лікувальних програм ДРТ пацієнти направляються для лікування до ЗОЗ за результатами обстеження та висновку мультидисциплінарного консиліуму з рекомендаціями про можливість застосування лікувальних програм ДРТ за формою, наведеною у додатку 29 до цього Порядку (далі - висновок МДК), про що вносяться відповідні записи до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року N 587, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за N 236/34519.

До складу мультидисциплінарного консиліуму входять: медичний директор, лікуючий лікар, лікар-терапевт, лікар-акушер-гінеколог. За необхідності до консиліуму можуть залучатися інші спеціалісти.

(пункт 1.10 розділу I у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

1.11. Працюючим пацієнтам після проведення ДРТ формується медичний висновок про тимчасову непрацездатність відповідно до Порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року N 1066, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за N 727/36350.

(пункт 1.11 розділу I у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

1.12. Динамічне спостереження за перебігом вагітності здійснюється в амбулаторних умовах.

(пункт 1.12 розділу I у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

1.13. Виконання кожної лікувальної програми ДРТ проводиться з обов'язковим клінічним моніторингом та контролем загального стану пацієнтки. У разі порушення пацієнтками режиму лікування подальша медична допомога за методиками ДРТ припиняється за обґрунтованим рішенням лікаря.

1.14. Медична допомога за методиками ДРТ надається в умовах конфіденційності відповідно до статті 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

1.15. Медичні працівники, які надають медичну допомогу пацієнткам за методиками ДРТ, інформують їх про можливу неефективність спроб ДРТ (ненастання вагітності) та можливе виникнення ускладнень у порядку, визначеному розділами III, IV цього Порядку.

1.16. Збір та обробка персональних даних здійснюються з додержанням вимог Закону України "Про інформацію" та Закону України "Про захист персональних даних".

### II. Обсяг обстеження осіб, щодо яких проводяться лікувальні програми ДРТ

2.1. Обсяг обстеження жінки:

1) обов'язкове:

висновок терапевта про стан соматичного здоров'я та відсутність протипоказань для виношування вагітності;

визначення групи крові та резус-фактора (при занесенні в паспорт жінки дійсні все життя);

клінічний аналіз крові;

коагулограма;

аналізи крові на сифіліс, ВІЛ, гепатити B і C (дійсні 6 місяців за умови відсутності клінічних симптомів);

(абзац шостий підпункту 1 пункту 2.1 розділу II із змінами внесеними  
 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

аналізи крові (IgM, IgG) на токсоплазмоз, хламідії, цитомегаловірус та корову краснуху;

бактеріоскопічний аналіз виділень із трьох точок (вагіни, уретри і цервікального каналу);

цитологічне обстеження мазків із шийки матки;

загальне гінекологічне обстеження;

ультразвукове обстеження органів малого таза;

аналіз крові на антимюллерів гормон (АМГ), пролактин (Прл), фолітропін (ФСГ), лютропін (ЛГ), прогестерон (П), естрадіол (Е2);

2) за показаннями (додаткове):

обстеження матки та маткових труб (гістеросальпінгографія, соносальпінгоскопія, лапароскопія, гістероскопія);

кольпоскопія;

біопсія ендометрія;

бактеріологічне обстеження матеріалу з уретри та цервікального каналу;

аналіз крові на тестостерон (Т), кортизол (К), тироксин (Т3), трийодтиронін (Т4), тиреотропін (ТТГ), соматотропін (СТГ);

визначення рівня глюкози в крові;

обстеження на наявність антиспермальних та антифосфоліпідних антитіл;

обстеження на наявність антитіл до тиреоглобуліну та антитіл до тиреопероксидази, антимікросомальних антитіл;

обстеження на наявність ознак антифосфоліпідного синдрому та інших розладів імунної системи;

обстеження на урогенітальні та TORCH-інфекції;

висновки інших спеціалістів за показаннями (визначає лікар);

каріотипування, медико-генетичне консультування, інші молекулярно-генетичні дослідження;

флюорографія;

УЗД внутрішніх органів, щитоподібної залози;

УЗД молочних залоз для жінок не старше 40 років та мамографія у жінок старше 40 років;

біохімічне дослідження крові: ниркові проби, печінкові проби, загальний білірубін, білкові фракції, глюкоза.

При виявленні захворювань за наявності показань до ДРТ проводиться лікування виявленої патології.

2.2. Обсяг обстеження чоловіка:

1) обов'язкове:

визначення групи крові та резус-фактора (при занесенні в паспорт чоловіка дійсні все життя);

аналізи крові на сифіліс, ВІЛ, гепатити B і C (дійсні 6 місяців за умови відсутності клінічних симптомів);

(абзац третій підпункту 1 пункту 2.2 розділу II із змінами внесеними  
 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

спермограма;

флюорографія легень;

2) за показаннями:

консультація андролога;

каріотипування, медико-генетичне консультування та інші молекулярно-генетичні дослідження;

обстеження на інфекції TORCH-комплексу;

аналіз крові на фолітропін (ФСГ), лютропін (ЛГ), тестостерон (Т), пролактин (Прл), тироксин (Т3), трийодтиронін (Т4), тиреотропін (ТТГ);

ДНК-фрагментація;

MAR-тест;

3) у разі передачі на донацію кріоконсервованого біоматеріалу чоловіка, який підписав інформовану добровільну згоду на донорство сперми, та в разі неможливості повторного обстеження з метою виявлення інфікування біоматеріалу один вайл з кріоконсервованої порції біоматеріалу дозволено використати для повторного обстеження методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на наявність сифілісу, ВІЛ, гепатитів B і C.

У разі отримання негативних ПЛР тестів тестована порція вважається безпечною та може бути використана в якості донорського матеріалу, яка не потребує стандартної процедури карантину.

(пункт 2.2 розділу II доповнено підпунктом 3 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

2.3. При підписанні інформованої добровільної згоди на донорство ооцитів, сперми або репродуктивних тканин з метою їх збереження необхідно провести додатковий забір 1 - 5 мл цільної крові та окремо 10 мл плазми, які заморожуються і зберігаються при температурі -20° C для проведення додаткових генетичних обстежень, а також проведення додаткового контролю інфікування сифілісом, ВІЛ, гепатитами B і C за допомогою дослідження методом ПЛР.

(розділ II доповнено пунктом 2.3 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

### III. Методики лікування ДРТ

3.1. Показання для проведення запліднення in vitro (далі - ЗІВ):

1) жіноче безпліддя:

відсутність маткових труб;

непрохідність маткових труб;

виражений спайковий процес органів малого таза;

порушення росту фолікулів та овуляції;

синдром лютеїнізації фолікула;

ендометріоз;

неодноразові невдалі спроби внутрішньоматкової інсемінації;

неодноразові невдалі спроби стимуляції фолікулогенезу;

безпліддя, пов'язане з віком (після 36 років) та передчасним виснаженням яєчників;

безпліддя, що не піддається лікуванню іншими методами;

2) чоловіче безпліддя:

безпліддя нез'ясованого генезу;

захворювання, які потребують проведення преімплантаційної генетичної діагностики (далі - ПГД) для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією;

обструктивна азооспермія;

астенозооспермія;

олігозооспермія;

олігоастенотератозооспермія;

еректильна дисфункція;

анеякуляція;

ретроградна еякуляція;

анатомічні дефекти пеніса (гіпоспадія, епіспадія);

імунологічні фактори (аутоантитіла та аглютинація сперматозоїдів).

3.2. Протипоказання для застосування лікувальних програм ДРТ для проведення лікування жіночої безплідності (захворювання, у разі яких виношування вагітності протипоказане) визначені в додатку 30 до цього Порядку.

(пункт 3.2 розділу III у редакції наказу Міністерства  
 охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

3.3. Етапність проведення ЗІВ:

відбір та обстеження пацієнтів;

контрольована стимуляція яєчників (індукція суперовуляції);

моніторинг фолікулогенезу та розвитку ендометрія;

трансвагінальна аспірація фолікулів яєчників, пошук ооцитів;

підготовка сперми;

інсемінація ооцитів та культивування ембріонів in vitro;

ембріотрансфер - перенесення ембріонів у порожнину матки;

підтримка лютеїнової фази стимульованого менструального циклу;

діагностика вагітності.

Проведення ЗІВ також можливе в умовах природного менструального циклу без використання індукторів овуляції.

3.4. Контрольована стимуляція яєчників (далі - КСЯ):

1) процедура ЗІВ може бути проведена із застосуванням КСЯ. Для КСЯ можуть застосовуватись лише лікарські засоби, зареєстровані на території України в установленому законодавством порядку. Вибір схеми стимуляції, лікарських засобів, корекція їх доз здійснюються лікарем з урахуванням інструкції щодо використання лікарських засобів, індивідуальних особливостей пацієнтки, результатів клінічного та ультразвукового обстеження, моніторингу;

2) групи лікарських засобів, що можуть бути використані в межах протоколів КСЯ: гонадотропіни (менопаузальний гонадотропін людини - МГл, фолікулостимулювальний гормон - ФСГ, рекомбінантний ФСГ - рФСГ; рекомбінантний лютеїнізуючий гормон - рЛГ, хоріонічний гонадотропін - ХГ, рекомбінантний ХГ - рХГ, агоністи гонадотропін-рилізинг-гормона (далі - а-ГнРГ), антагоністи гонадотропін-рилізинг-гормона (далі - ант-ГнРГ), селективні модулятори рецепторів естрогенів (далі - СМРЕ) - кломіфен цитрат, нестероїдні інгібітори ароматази (летрозол).

3.5. Трансвагінальна аспірація фолікулів для отримання ооцитів:

1) трансвагінальна аспірація фолікулів яєчників та аспірація фолікулярної рідини для отримання ооцитів проводяться через 35 - 36 годин з часу введення тригера овуляції;

2) процедура виконується амбулаторно в асептичних умовах спеціалізованої маніпуляційної чи малої операційної під ультразвуковим контролем за допомогою спеціальних пункційних голок;

3) за неможливості проведення трансвагінальної аспірації (атипове розташування яєчників) ооцити можуть отримуватись лапароскопічним шляхом. Після закінчення процедури пацієнтка залишається під наглядом медичного персоналу не менше двох годин для контролю загального стану здоров'я.

3.6. Отримання і реєстрація сперми для проведення ЗІВ:

для ЗІВ застосовується підготовлена за відповідною технологією сперма чоловіка або донора;

у разі використання сперми чоловіка перед її здачею йому рекомендується утримання від статевих стосунків впродовж 3 - 5 днів;

стерильна ємність для збору еякуляту маркується;

здача сперми проводиться в окремій кімнаті;

отримана сперма пацієнта використовується для ЗІВ з відміткою про її показники у протоколі культивування ембріонів за формою, наведеною в додатку 3 до цього Порядку.

3.7. Інсемінація ооцитів і культивування ембріонів in vitro:

фолікулярну рідину, отриману в результаті пункції фолікулів, переносять до чашки Петрі. У разі отримання незрілих ооцитів може бути виконана методика дозрівання ооцитів in vitro (далі - ДІВ);

аспірат досліджують під стереомікроскопом з 10 - 50-разовим збільшенням, відшукують ооцити і переносять до спеціальних живильних середовищ. Чашку Петрі з ооцитами в живильному середовищі переносять для культивування до інкубатора з температурою 37° C і 5 - 6 % концентрацією діоксиду вуглецю в газовому середовищі; можливе проведення культивування із застосуванням тригазової системи (кисень, азот, вуглекислий газ);

як нативні, так і кріоконсервовані спермії перед використанням відмивають від сім'яної плазми і відокремлюють фракцію морфологічно нормальних та активно рухомих сперміїв. Можна використовувати методики центрифугування-флотації або центрифугування в градієнті щільності;

інсемінацію ооцитів проводять після 2 - 6 годин преінкубації, а наявність запліднення ооцитів, як правило, оцінюють за допомогою інвертованого мікроскопа через 16 - 18 годин, коли чітко візуалізуються чоловічий і жіночий пронуклеуси;

зиготи переносять до свіжого культурального середовища, де відбувається початковий розвиток ембріонів, або кріоконсервують.

3.8. Ембріотрансфер (ЕТ):

перенесення ембріонів до порожнини матки може здійснюватись на різних стадіях, починаючи зі стадії зиготи і закінчуючи стадією бластоцисти, яка формується у людини на 5 - 6-й день після запліднення;

до порожнини матки рекомендується переносити не більше 1 - 2 ембріонів. Проте при прогнозованій зниженій імовірності імплантації можливе перенесення більшої кількості ембріонів - 3 (з клінічним обґрунтуванням та за згодою пацієнтки). Може бути ЕТ одного селективного ембріона (за згодою пацієнтки) та кріоконсервація решти ембріонів для використання в подальших циклах;

для ЕТ використовуються спеціальні еластичні катетери, які вводяться в порожнину матки через цервікальний канал;

можливе проведення ЕТ під контролем ультразвукового сканування.

3.9. Підтримка лютеїнової фази стимульованого менструального циклу:

підтримка лютеїнової фази стимульованого менструального циклу проводиться лікарським засобом прогестерону або його аналогами, лікарським засобом а-ГнРГ;

за відсутності ризику синдрому гіперстимуляції яєчників (далі - СГСЯ) підтримка лютеїнової фази циклу може включати також введення лікарських засобів ХГ, які призначаються в день перенесення ембріонів, а потім 2 - 4 рази з інтервалом 2 - 4 дні;

дози та частоту введення лікарських засобів визначає лікар з урахуванням індивідуальних особливостей конкретної пацієнтки.

3.10. Діагностика вагітності ранніх строків:

діагностика вагітності за рівнем бета-ХГ у крові або в сечі здійснюється через 10 - 16 днів від дня ембріотрансферу;

ультразвукова діагностика вагітності проводиться не раніше 21 дня після перенесення ембріонів.

3.11. Можливі ускладнення при проведенні ЗІВ:

синдром гіперстимуляції яєчників (СГСЯ);

алергічні реакції, пов'язані з введенням лікарських засобів для контрольованої суперовуляції і підтримки лютеїнової фази стимульованого менструального циклу;

кровотеча;

гостре запалення або загострення хронічного запалення жіночих статевих органів;

позаматкова вагітність;

багатоплідна маткова і гетеротопічна вагітність;

перекрут яєчника;

апоплексія яєчника;

травма суміжних органів.

3.12. Після завершення циклу запліднення за наявності залишку невикористаних ооцитів/ембріонів пацієнтка може прийняти рішення про використання цих ооцитів/ембріонів для лікувальних програм інших пацієнтів.

3.13. Дані про залишок ооцитів або ембріонів та про їх використання записуються до журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ооцитів, форма якого наведена в додатку 4 до цього Порядку, або журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ембріонів, форма якого наведена в додатку 5 до цього Порядку.

3.14. Інтрацитоплазматична ін'єкція спермія (далі - ІЦІС) в цитоплазму ооцита проводиться за допомогою інвертованого мікроскопа, обладнаного мікроманіпуляторами, з використанням спеціальних мікроінструментів та живильних середовищ.

3.15. Показання до інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія:

олігозооспермія;

астенозооспермія;

тератозооспермія згідно з діючими нормами оцінки еякуляту;

неможливість виділення достатньої кількості сперматозоїдів (50 - 100 тис. активно рухливих сперматозоїдів на один ооцит);

використання сперматозоїдів, отриманих з яєчка або його придатка;

використання кріоконсервованих сперматозоїдів;

використання кріоконсервованих ооцитів;

запліднення ооцитів жінок старшого репродуктивного віку;

відсутність запліднення в попередніх програмах ЗІВ;

низька частота запліднення в попередніх програмах ЗІВ;

аномальне запліднення в попередніх програмах ЗІВ;

відсутність запліднення в поточному циклі ЗІВ, повторна інсемінація ооцитів на другу добу;

проведення методики дозрівання яйцеклітин in vitro;

необхідність преімплантаційної генетичної діагностики;

клінічно значима наявність антиспермальних антитіл в еякуляті;

ідіопатичне безпліддя;

морфологічні аномалії яйцеклітин (включаючи потовщення блискучої оболонки);

проведення методики інтрацитоплазматичної ін'єкції морфологічно відібраного сперматозоїда;

еякуляторні розлади, у тому числі ретроградна еякуляція, анеякуляція при пошкодженні спинного мозку тощо;

високий рівень ДНК-фрагментації.

3.16. Протипоказання для проведення інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія визначається відповідно до пункту 3.2 цього розділу.

3.17. Методика проведення інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія складається з таких етапів:

підготовка ооцитів;

позбавлення руху спермія шляхом порушення цілісності мембрани хвоста;

порушення цілісності зовнішньої цитоплазматичної мембрани ооцита;

введення спермія в цитоплазму ооцита за допомогою скляної мікроголки;

культивування та інші етапи, як при ЗІВ.

3.18. Підготовка ооцитів:

перед виконанням методики інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія проводиться денудація (видалення клітин променевого вінця) ооцитів;

мікроманіпуляцію проводять лише на зрілих ооцитах.

3.19. Отримання сперміїв:

спермії для інтрацитоплазматичної ін'єкції спермія можна отримати з еякуляту або маніпуляційними методами;

вибір оптимального способу отримання сперміїв здійснюється лікарем;

методика підготовки сперміїв з еякуляту або аспірату, отриманого із яєчка або його придатка, обирається ембріологом індивідуально залежно від кількості і якості сперміїв. Спермії для ін'єкції в яйцеклітину можуть бути отримані з еякуляту при патоспермії;

при азооспермії та патоспермії можуть бути використані такі маніпуляційні методи: мікрохірургічна аспірація сперміїв з придатка яєчка; черезшкірна аспірація сперміїв з придатка яєчка; аспірація сперміїв з тканини яєчка; екстракція сперміїв з тканини яєчка;

маніпуляцію проводять у день трансвагінальної аспірації фолікулів та забору ооцитів у жінки. За умови необхідності проведення процедури запліднення сперміями з придатка яєчка маніпуляція може здійснюватись за 12 - 24 години до моменту отримання ооцитів, тестикулярними - за 48 - 72 години;

у разі використання кріоконсервованих сперміїв з аспірата яєчка чи епідідімуса процедуру отримання сперміїв проводять заздалегідь незалежно від дня пункції фолікулів яєчників жінки;

показаннями для здійснення маніпуляцій для отримання сперміїв є обструктивна азооспермія, тестикулярна недостатність та неможливість еякуляції;

протипоказаннями для здійснення маніпуляцій для отримання сперміїв є наявність гострих інфекційних захворювань будь-якої локалізації, порушення згортання крові (гіпокоагуляція);

ускладнення: локальний біль, гематома мошонки, набряк, атрофічні зміни.

Обсяг обстеження чоловіка перед проведенням процедури для отримання сперміїв здійснюється відповідно до пункту 2.2 розділу II цього Порядку.

### IV. Внутрішньоматкова інсемінація

4.1. Внутрішньоматкова інсемінація (далі - ВМІ) спермою чоловіка або спермою донора є однією з форм лікування безпліддя і може бути проведена шляхом введення підготовлених (капацитованих) сперміїв у порожнину матки в період овуляції.

4.2. Рішення про використання ВМІ спермою чоловіка чи донора приймається пацієнткою за рекомендацією лікаря залежно від кількісних та якісних характеристик еякуляту і оформлення заяви пацієнта щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій.

4.3. Процедура ВМІ заноситься до журналу проведення внутрішньоматкових інсемінацій спермою чоловіка (додаток 6) або до журналу проведення внутрішньоматкових інсемінацій спермою донора (додаток 7).

4.4. Процедура ВМІ здійснюється в умовах природного менструального циклу або з використанням індукторів овуляції.

4.5. При проведенні ВМІ спермою чоловіка використовується нативна або кріоконсервована капацитована сперма.

4.6. При проведенні ВМІ спермою донора застосовується кріоконсервована сперма. Використовується розморожена капацитована донорська сперма після повторних негативних результатів аналізів на ВІЛ, сифіліс та гепатити B, C (через 6 місяців після отримання донорської сперми).

4.7. Для пацієнтки донор має бути анонімним (за винятком донорів-родичів або неанонімних донорів).

4.8. Показання для проведення ВМІ спермою чоловіка:

1) у чоловіка:

субфертильна сперма;

еякуляторно-сексуальні розлади;

ретроградна еякуляція (якщо можливо отримати достатню для ВМІ кількість сперматозоїдів);

гіпоспадія;

гіпоспермія (малий об'єм еякуляту);

висока в'язкість сім'яної плазми;

антиспермальні антитіла;

використання кріоконсервованої сперми;

використання кріоконсервованої сперми для відстроченої репродукції;

2) у жінки:

безпліддя нез'ясованого генезу;

цервікальний фактор безпліддя;

наявність антиспермальних антитіл;

овуляторна дисфункція, що піддається терапії;

алергія на сперму;

вагінізм.

4.9. Показання для проведення ВМІ спермою донора:

1) у чоловіка:

виражена олігоастенотератозооспермія, азооспермія;

еякуляторно-сексуальні розлади;

несприятливий медико-генетичний прогноз;

2) у жінки:

медико-соціальні показання (за бажанням жінки).

4.10. Протипоказання для проведення ВМІ визначаються відповідно до пункту 3.2 розділу III цього Порядку.

4.11. Умови для проведення ВМІ:

1) у чоловіка:

дві спермограми, що підтверджують наявність більше 10 млн рухомих сперміїв в еякуляті;

2) у жінки:

підтверджена прохідність хоча б однієї маткової труби;

овуляторний цикл (спонтанний або індукований).

4.12. Обсяг додаткового обстеження пацієнтів перед проведенням ВМІ здійснюється відповідно до розділу II цього Порядку.

4.13. Порядок проведення ВМІ:

рішення про використання сперми чоловіка або донора приймається пацієнтами за рекомендацією лікаря і залежить від кількісних та якісних характеристик еякуляту;

ВМІ може застосовуватися як в умовах природного менструального циклу, так і з використанням індукторів овуляції;

введення сперми здійснюється в періовуляторний період. Для ВМІ можуть використовуватись тільки капацитовані спермії;

частоту проведення процедур та інтервали між ними визначає лікар індивідуально;

можливе використання нативної або кріоконсервованої капацитованої сперми чоловіка, а також кріоконсервованої сперми донора;

кількість спроб ВМІ визначається лікарем.

4.14. Можливі ускладнення при проведенні ВМІ:

алергічні та інші реакції, пов'язані з введенням лікарських засобів для стимуляції овуляції, що передбачені їх виробником;

шокоподібна реакція при введенні капацитованої сперми в порожнину матки;

синдром гіперстимуляції яєчників;

гостре або загострення хронічного запалення органів жіночої статевої сфери;

виникнення багатоплідної або ектопічної вагітності.

### V. Донація гамет та ембріонів

5.1. Донація гамет та ембріонів - процедура, за якою донори за письмово оформленою добровільною згодою надають свої статеві клітини-гамети (сперму, ооцити) або ембріони для використання в інших осіб при лікуванні безпліддя.

Застосування донації ембріонів здійснюється за медичними показаннями за умови наявності письмової інформованої добровільної згоди пацієнтів, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці.

5.2. Донорство гамет та ембріонів здійснюється за наявності відповідної документації: інформованої добровільної згоди на донорство сперми (додаток 8), заяви пацієнтки/пацієнтів про використання донорських ооцитів (додаток 9), інформованої добровільної згоди на донорство ооцитів (додаток 10), інформованої добровільної згоди на донорство ембріонів (додаток 11).

5.3. У разі виникнення ускладнень при КСЯ, передбачених пунктом 3.4 розділу III цього Порядку, у донора яйцеклітин під час проведення процедури донації гамет (у циклі КСО) впродовж 30 діб після проведення аспірації ооцитів ЗОЗ надає пацієнтам медичну допомогу.

5.4. Донорами ооцитів можуть бути:

особи жіночої статі;

близькі родичі;

анонімні добровільні донори;

пацієнтки програм ДРТ, які за письмово оформленою добровільною згодою надають реципієнту частину своїх ооцитів.

5.5. Вимоги до донорів ооцитів:

жінка віком від 18 до 36 років;

наявність народженої здорової дитини;

відсутність негативних фенотипічних проявів;

задовільне соматичне здоров'я;

відсутність протипоказань для участі в програмі донації ооцитів;

відсутність спадкових захворювань;

відсутність шкідливих звичок: наркоманія, алкоголізм, токсикоманія.

5.6. Показання для проведення ЗІВ з використанням донорських ооцитів:

відсутність ооцитів набута чи вроджена, обумовлена природною менопаузою;

ризик передачі спадкових захворювань;

невдалі повторні спроби ЗІВ при низькій якості ембріонів та незадовільному реагуванні яєчників на контрольовану стимуляцію і неодноразовому отриманні ооцитів та ембріонів низької якості.

5.7. Протипоказання для проведення ДРТ з використанням донорських ооцитів визначаються відповідно до пункту 3.2 розділу III цього Порядку.

5.8. Обсяг обстеження донорів ооцитів та пацієнтів (реципієнтів) такий самий, як і при проведенні процедури ЗІВ (розділ II цього Порядку).

5.9. Перелік необхідних документів для здійснення донорства ооцитів (далі - ДО):

інформована добровільна згода на донорство ооцитів;

анкета донора ооцитів (додаток 12);

особиста картка донора ооцитів (додаток 13).

Анкета донора ооцитів заповнюється і кодується лікарем. Схема кодування визначається закладом охорони здоров'я. Роботу з донорами веде лікар, який проводить медичний огляд донора перед кожною спробою ЗІВ, здійснює контроль за своєчасним проведенням і результатами лабораторних обстежень відповідно до календарного плану обстеження.

5.10. Алгоритм здійснення програми донації ооцитів:

проводиться синхронізація менструальних циклів або контрольована стимуляція яєчників у попередньому циклі з подальшим заплідненням спермою чоловіка пацієнтки або донора та заморожуванням ембріонів;

підготовка реципієнтки до перенесення кріоембріонів для ембріотрансферу в запланованому менструальному циклі;

методики ЗІВ, інтрацитоплазматична ін'єкція спермія (за показаннями);

спостереження лікарем донора ооцитів до початку наступної менструації (близько 2 тижнів), очікуваної за циклом ДО;

ооцити донора можуть бути заморожені для подальшого використання.

З метою збереження репродуктивного здоров'я жінки-донора ооцитів рекомендується проведення не більше 8 спроб КСЯ загалом, повторна спроба КСЯ проводиться не раніше ніж через 2 місяці після попередньої.

5.11. Донором сперми може бути чоловік віком від 20 до 40 років у разі наявності народженої здорової його дитини.

5.12. У донора сперми повинні бути відсутні негативні фенотипічні прояви.

5.13. Донорство сперми дозволяється за умови відсутності соматичних та спадкових захворювань, які можуть негативно вплинути на здоров'я майбутньої дитини, відхилень від нормальних морфометричних і фенотипічних ознак, а також інших протипоказань.

5.14. Донорство сперми не дозволяється за умови вживання наркотичних, психотропних та токсичних речовин, зловживання алкогольними напоями.

5.15. На донора сперми заповнюється особиста картка донора сперми за формою, наведеною в додатку 14 до цього Порядку.

5.16. Дані про використання сперми донора заносяться до журналу обліку, зберігання та використання сперми донорів за формою, наведеною в додатку 15 до цього Порядку.

5.17. Спеціалістом із ДРТ здійснюються медичний огляд донора сперми, контроль за результатами лабораторних досліджень згідно з календарним планом обстеження.

5.18. Вимоги до донорської сперми: нормозооспермія.

5.19. Вибір донора сперми здійснюється подружжям або пацієнткою добровільно на підставі фенотипічної характеристики анонімного донора.

5.20. Дозволяється використання лише попередньо замороженої та розмороженої перед проведенням ДРТ донорської сперми. Використання розмороженої сперми дозволяється за умови отримання повторних негативних результатів обстежень на ВІЛ, сифіліс, гепатити B і C та не раніше ніж через 6 місяців від моменту кріоконсервації. Використання кріоконсервованої донорської сперми унеможливлює прямий контакт донора та реципієнта.

5.21. Донорами ембріонів можуть бути пацієнти програми ЗІВ, у яких після народження дитини залишаються у кріобанку невикористані кріоконсервовані ембріони. У разі запліднення донорських ооцитів спермою донора можливі їх перенесення в порожнину матки реципієнта або кріоконсервація (з подальшим перенесенням у наступних циклах).

5.22. За добровільною, усвідомленою, письмово оформленою інформованою згодою пацієнтів-донорів ці ембріони можуть бути використані для донації безплідній пацієнтці / подружній парі - реципієнту, а також жінкам-реципієнтам, які не перебувають у шлюбі.

5.23. Дані про використання кріоконсервованих ембріонів заносяться до журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ембріонів.

5.24. Використання донорських гамет та ембріонів здійснюється за заявою пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій із гаметами/ембріонами донорів за формою, наведеною в додатку 16 до цього Порядку, заявою пацієнтки/пацієнтів про використання донорських ооцитів, інформованою добровільною згодою на донорство ембріонів.

5.25. Реципієнтам (на їхню вимогу) може надаватись фенотипічний портрет донорів гамет та ембріонів.

5.26. Протипоказання для проведення ДРТ з використанням донорських ембріонів визначаються відповідно до пункту 3.2 розділу III цього Порядку.

5.27. Обстеження реципієнтів ембріонів, донорських ооцитів та сперми проводиться так само, як і при процедурі ЗІВ.

5.28. Обстеження донорів сперми та донорських ооцитів проводиться так само, як і при процедурі ЗІВ.

### VI. Сурогатне (замінне) материнство

6.1. Необхідними умовами для проведення сурогатного (замінного) материнства (далі - СМ) є:

наявність медичних показань до СМ, передбачених пунктом 6.2 цього розділу;

документи, необхідні для проведення СМ, передбачені пунктами 6.10, 6.11 цього розділу;

подружжя (або один з майбутніх батьків), в інтересах якого здійснюється СМ, повинно (повинен) мати генетичний зв'язок з дитиною;

сурогатна мати не повинна мати безпосередній генетичний зв'язок з дитиною. Дозволяється виношування вагітності близькими родичами майбутніх батьків (мати, сестра, двоюрідна сестра тощо).

6.2. Показаннями до СМ є:

відсутність матки (вроджена або набута);

деформація порожнини або шийки матки при вроджених вадах розвитку або внаслідок хірургічних втручань, доброякісних пухлин, при яких неможливе виношування вагітності;

структурно-морфологічні або анатомічні зміни ендометрія, що призводять до втрати рецептивності, синехії порожнини матки, які не піддаються лікуванню;

тяжкі соматичні захворювання, при яких виношування вагітності загрожує подальшому здоров'ю або життю реципієнта, але які не впливають на здоров'я майбутньої дитини;

невдалі повторні спроби ДРТ (4 і більше разів) при неодноразовому отриманні ембріонів високої якості, перенесення яких не приводило до настання вагітності.

6.3. Обстеження сурогатної матері здійснюється на загальних підставах для лікування ДРТ.

Сурогатна матір повинна пройти обстеження у лікаря-психіатра.

(пункт 6.3 розділу VI доповнено абзацом другим згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

6.4. Сурогатною матір'ю може бути повнолітня дієздатна жінка за умови наявності власної здорової дитини, добровільної письмово оформленої заяви сурогатної матері за формою, наведеною в додатку 17 до цього Порядку, а також за відсутності медичних протипоказань.

6.5. Протипоказання для проведення ДРТ методом сурогатного материнства та обсяг обстеження пацієнтів визначаються відповідно до розділу II та пункту 3.2 розділу III цього Порядку.

6.6. Алгоритм здійснення ДРТ методом сурогатного материнства:

вибір сурогатної матері;

синхронізація менструальних циклів реципієнта та сурогатної матері, підготовка ембріонів/кріоембріонів;

процедура перенесення ембріона в матку сурогатної матері;

кріоконсервація невикористаних ембріонів;

діагностика вагітності;

спостереження за перебігом вагітності у СМ згідно з пунктом 1.13 розділу I цього Порядку;

визначення спільно з лікарем, який спостерігає за вагітною, методу розродження, місця розродження, методу вигодовування новонародженого;

пологи можуть бути партнерськими між батьками, які мають генетичний зв'язок з дитиною, та сурогатною матір'ю;

(абзац дев'ятий пункту 6.6 розділу VI у редакції наказу  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

забезпечення роздільного перебування новонародженої дитини та сурогатної матері після народження дитини.

(пункт 6.6 розділу VI доповнено абзацом десятим згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

6.7. Інформація про дитину, народжену сурогатною матір'ю, в день виписки з пологового будинку/відділення по телефону надається до дитячої поліклініки (за місцем проживання дитини).

6.8. Якщо батьками дитини, народженої сурогатною матір'ю, є іноземці, вони повідомляють тимчасове місце проживання до моменту оформлення документів та виїзду з країни для здійснення патронажу спеціалістами з педіатрії та спостереження.

6.9. У разі народження дитини жінкою, якій в організм було перенесено ембріон людини, зачатий подружжям у результаті застосування ДРТ, державна реєстрація народження дитини проводиться за заявою подружжя, яке дало згоду на таке перенесення.

У цьому разі одночасно з документом, що підтверджує факт народження дитини цією жінкою, подається заява про її згоду на запис подружжя батьками дитини, справжність підпису на якій має бути нотаріально засвідчена, а також довідка про генетичну спорідненість батьків (матері чи батька) з плодом (додаток 18).

При цьому в графі "Для відміток" актового запису про народження робиться такий запис: "Матір'ю дитини згідно з медичним свідоцтвом про народження є громадянка (прізвище, власне ім'я, по батькові)", а також зазначаються найменування закладу (установи), що видав(ла) довідку, дата її видачі та номер, дані нотаріуса (прізвище та ініціали, нотаріальний округ чи державна нотаріальна контора), дата та за яким реєстровим номером засвідчено справжність підпису жінки на заяві про її згоду на запис подружжя батьками дитини відповідно до пункту 11 глави 1 розділу III Правил державної реєстрації актів цивільного стану в Україні, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 року N 52/5 (у редакції наказу Міністерства юстиції України від 24 грудня 2010 року N 3307/5), зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 18 жовтня 2000 року за N 719/4940.

6.10. Перелік документів, необхідних для проведення СМ, з боку сурогатної матері:

заява сурогатної матері;

копія паспорта сурогатної матері;

копія свідоцтва про шлюб або про розлучення сурогатної матері (крім одиноких жінок);

копія свідоцтва про народження дитини (дітей);

згода чоловіка сурогатної матері на її участь у програмі сурогатного материнства за формою, наведеною в додатку 19 до цього Порядку (крім одиноких жінок).

6.11. Перелік документів, необхідних для проведення СМ, з боку подружжя, в інтересах якого здійснюється СМ:

заява пацієнта/пацієнтів щодо застосування ДРТ;

копії паспортів;

копія свідоцтва про шлюб;

нотаріально засвідчена копія письмового спільного договору між сурогатною матір'ю та жінкою (чоловіком) або подружжям.

### VII. Кріоконсервація сперми, ооцитів, ембріонів та біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, оваріальної тканини

7.1. Кріоконсервація сперми, ооцитів, ембріонів та біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, оваріальної тканини та їх зберігання здійснюються за заявою на кріоконсервацію сперми, ооцитів, оваріальної тканини чи біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка (додаток 20), та заявою на кріоконсервацію ембріонів (додаток 21).

Дані заносяться до журналу обліку, зберігання та використання сперми пацієнтів, біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, що підлягають кріоконсервуванню (додаток 22), журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ооцитів, журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованої тканини яєчника (додаток 23), журналу обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ембріонів.

7.2. Заклад охорони здоров'я забезпечує необхідний режим зберігання та використання біоматеріалу на основі рекомендованих і апробованих протоколів виробників живильних середовищ. Процедура заморожування та розморожування проводиться ембріологом на підставі заяви на розморожування сперми, ооцитів, оваріальної тканини чи біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, за формою, наведеною у додатку 24 до цього Порядку, та заяви на розморожування і перенесення ембріонів за формою, наведеною у додатку 25 до цього Порядку.

### VIII. Редукція ембріонів

8.1. З метою профілактики акушерських і пренатальних ускладнень, пов'язаних з багатопліддям, може проводитись маніпуляція із зменшення кількості ембріонів, що розвиваються, **-** редукція ембріонів.

8.2. Редукція ембріонів здійснюється лише за висновком консиліуму лікарів щодо необхідності її проведення, у якому беруть участь не менше трьох лікарів.

8.3. Кількість ембріонів, які підлягають редукції, визначається пацієнткою за рекомендацією лікаря та письмово оформленою нею заявою на проведення редукції ембріонів за формою, наведеною в додатку 26 до цього Порядку.

8.4. Показанням для проведення редукції ембріонів є наявність 2 та більше плодів після застосування ДРТ за наявності заяви на проведення редукції ембріонів.

8.5. Протипоказання для проведення редукції ембріонів:

загроза переривання вагітності на момент проведення процедури;

гострі запальні захворювання будь-якої локалізації на момент проведення процедури.

8.6. Обстеження пацієнтки для проведення редукції ембріонів здійснюється відповідно до розділу II цього Порядку.

8.7. Вибір ембріонів, що залишаються і підлягають редукції, повинен проводитись з урахуванням даних ультразвукового обстеження, які характеризують їх стан на строк вагітності до 12 тижнів.

8.8. Доступ до ембріонів (трансвагінальний, трансцервікальний, трансабдомінальний) і метод призупинення їх розвитку визначаються в кожному конкретному випадку особисто лікарем.

8.9. Для профілактики багатопліддя впроваджується методика ембріотрансферу одного відібраного ембріона. Решту ембріонів кріоконсервують для використання в подальших циклах.

8.10. Можливі ускладнення редукції ембріонів:

кровотеча;

інфекційно-септичні захворювання;

алергічні реакції на лікарські засоби, що вводяться;

тромбоемболічні ускладнення;

зупинка розвитку ембріона (ембріонів), що залишився(лись).

### IX. Розсічення блискучої оболонки ембріона

9.1. Розсічення блискучої оболонки ембріона (допоміжний хетчинг) перед ембріотрансфером (перенесенням ембріонів до порожнини матки) може проводитись у пацієнток старшої вікової групи (35 років і старших) або при невдалих попередніх спробах імплантації в лікувальних циклах, при дефектах блискучої оболонки, після відтаювання кріоконсервованих ембріонів.

9.2. Ця маніпуляція проводиться з метою підвищення частоти імплантації за рахунок полегшення вилуплення бластоцисти.

### X. Преімплантаційна медико-генетична діагностика

10.1. Преімплантаційна медико-генетична діагностика (далі **-** ПГД) моногенних і хромосомних дефектів в ооцитах та в ембріонах на етапі до ембріотрансферу, а також визначення статі ембріона для запобігання спадковим захворюванням, пов'язаним зі статтю, розроблена як альтернативний метод пренатальної діагностики для жінок, які мають високий ризик народження дітей зі спадковою патологією. Головною перевагою ПГД є зниження ризику спадкових захворювань та збільшення частоти настання вагітності (в деяких випадках), можливість відмовитися від інвазивних втручань на плодовому яйці та від переривання вагітності в разі виявлення патології. Дослідження можуть проводитись на полярних тільцях ооцитів, окремих бластомерах ембріона, клітинах трофоектодерми.

10.2. Показаннями для проведення ПГД є ризик народження дітей з мутацією будь-якого ізольованого гена або з хромосомними аномаліями, виявленими в результаті медико-генетичного обстеження (клініко-генетичне обстеження, каріотипування).

10.3. ПГД може бути проведено за власним волевиявленням пацієнтки/пацієнтів за наявності заяви на преімплантаційне генетичне дослідження за формою, наведеною в додатку 27 до цього Порядку.

10.4. ПГД проводиться з використанням методів флюоресцентної гібридизації in situ, полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) тощо.

10.5. У разі настання вагітності після проведення ПГД рекомендується проведення пренатальної діагностики.

### XI. Транспортування кріоконсервованих ембріонів/ооцитів/сперми/тканини яєчника/яєчка або його придатка в межах України та поза її межами

11.1. Гамети пацієнтів (сперматозоїди або яйцеклітини), тканина яєчка або його придатків, тканина яєчника та ембріони є біологічним матеріалом пацієнта/пацієнтів, а ЗОЗ забезпечує їх зберігання.

11.2. Донорські гамети (сперматозоїди або яйцеклітини) знаходяться на зберіганні у ЗОЗ.

11.3. За бажанням пацієнта/пацієнтів їх біологічний матеріал може бути транспортований до іншого ЗОЗ як на території України, так і за її межами. До письмової заяви пацієнтів у цьому випадку додається акт про передачу кріоконсервованих ембріонів/ооцитів/сперми/тканини яєчника/яєчка або його придатка за формою, наведеною в додатку 28 до цього Порядку.

### XII. Порядок застосування ДРТ з метою збереження фертильності

12.1. Перед лікуванням онкологічних захворювань (C00 - C97; злоякісні новоутворення усіх локалізацій, у тому числі лімфатичної та кровотворної тканин), гематологічних, аутоімунних захворювань за бажанням жінки та за письмовою заявою пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій проводиться програма ДРТ з метою кріоконсервації ооцитів, ембріонів.

12.2. Висновок про можливість проведення контрольованої оваріальної стимуляції готується спеціалістом з репродуктивної медицини на підставі консультації лікаря-онколога; у разі неонкологічних захворювань - лікаря-ревматолога, гематолога.

12.3. Рекомендовані такі схеми збереження фертильності:

програма ЗІВ у природному циклі з кріоконсервацією ооцитів, ембріонів;

програма ЗІВ з використанням препаратів групи інгібіторів ароматази, антиестрогенних препаратів з кріоконсервацією ооцитів, ембріонів;

за неможливості проведення програми ЗІВ рекомендована кріоконсервація оваріальної тканини, зазначена у розділі VII цього Порядку.

12.4. За наявності в анамнезі злоякісних новоутворень програма ДРТ може бути проведена після консультації лікаря-онколога або за наявності документа, який підтверджує, що жінка пройшла курс лікування та знята з онкологічного обліку.

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 1  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 1.4 розділу I)

### Рекомендований перелік оснащення та обладнання закладу охорони здоров'я, який проводить ДРТ

I. Кабінет лікаря

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Крісло гінекологічне |
| 2 | Ультразвуковий апарат з вагінальним і абдомінальним датчиками з пункційними насадками |
| 3 | Інструментарій |
| 4 | Випромінювач бактерицидний (лампа) |
| 5 | Стіл інструментальний |
| 6 | Медична шафа для лікарських засобів |
| 7 | Кушетка медична (за необхідності) |
| 8 | Крісло гінекологічне для осіб з інвалідністю |

II. Процедурна

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Крісло гінекологічне або універсальний операційний стіл |
| 2 | Ультразвуковий апарат с вагінальним і абдомінальним датчиками з пункційними насадками (можливо використання апарата з кабінету лікаря) |
| 3 | Інструментарій |
| 4 | Випромінювач бактерицидний (лампа) |
| 5 | Джерело кисню |
| 6 | Ларингоскоп з набором клинків |
| 7 | Апарат для моніторування (пульс, оксигенація, артеріальний тиск) |
| 8 | Стіл інструментальний |
| 9 | Медична шафа для лікарських засобів |

III. Ембріологія

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Бінокулярна лупа |
| 2 | CO2-інкубатор клітинних культур - 2 шт. |
| 3 | Світловий мікроскоп |
| 4 | Інвертований мікроскоп |
| 5 | Комплект мікроманіпуляторів |
| 6 | Центрифуга |
| 7 | Холодильник |
| 8 | Ламінарний бокс з підігрівом робочої поверхні |
| 9 | Датчик для контролю CO2 та температури в інкубаторах |
| 10 | Припливно-витяжна вентиляція |
| 11 | Камера Маклера або камера Горяєва |

IV. Кріосховище

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Обладнання для кріоконсервації біоматеріалу |
| 2 | Посудини Дьюара для зберігання кріоконсервованих статевих клітин та тканин репродуктивних органів |
| 3 | Посудини Дьюара із запасом рідкого азоту |
| 4 | Контейнери для біоматеріалу |
| 5 | Засоби індивідуального захисту персоналу |
| 6 | Примусова вентиляція |

V. Приміщення для отримання сперми.

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

(додаток 1 із змінами внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

Додаток 2  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 1.8 розділу I)

### Заява пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, за добровільною згодою прошу (просимо) надати медичну допомогу методами допоміжних репродуктивних технологій з метою лікування безпліддя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (зазначити методику допоміжної репродуктивної технології) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Я (ми) попереджена(і) про те, що лікування може мати ускладнення, викликані виконанням процедури (кровотеча, запалення, травма суміжних органів) і застосуванням лікарських засобів, що впливають на функцію яєчників (синдром гіперстимуляції яєчників, формування ретенційних кіст яєчника, алергічні реакції та інші побічні ефекти лікарських засобів, передбачені їхнім виробником). Мені (нам) відомо, що вагітність, яка настала в результаті лікування, може виявитися позаматковою, багатоплідною, а також може перерватися.  Мені (нам) роз'яснили порядок проведення лікування, і мені (нам) відомо, що для лікування може знадобитися не одна спроба до моменту настання вагітності; у процесі лікування можуть бути виявлені невідомі раніше факти, через які, можливо, буде потрібно змінити план чи спосіб лікування; лікування може виявитися безрезультатним; подолання безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій саме по собі не підвищує, але й не знижує ризику вроджених захворювань плода.  Я (ми) розумію(ємо), що у випадку настання вагітності необхідно пройти пренатальну діагностику спадкових і вроджених хвороб плода.  Заявляю(ємо), що повідомила(и) лікарю всі відомі мені (нам) дані про стан мого (нашого) здоров'я, спадкові, венеричні, психічні та інші захворювання у моїй (нашій) сім'ї(ях). Інформована(і) про необхідність виконання всіх медичних призначень та своєчасного повідомлення лікаря про будь-які зміни в самопочутті або стані здоров'я під час обстеження, лікування, а також протягом одного місяця після застосування допоміжних репродуктивних технологій про настання чи відсутність вагітності.  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про процедури, надані мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, що цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, що задовольнили мене (нас). Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 3  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 3.6 розділу III)

(Бланк закладу охорони здоров'я)

### Протокол культивування ембріонів

|  |
| --- |
| Жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)  Чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)  Безпліддя (первинне/вторинне) \_\_\_\_\_\_\_\_. Фактори безпліддя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Код донора ооцитів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Протокол КСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Дата пункції "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Оцінка ооцитів | ЗІВ/ ICSI | 24 години | 48 годин | 72 години | 96 годин | 120 годин | 144 години | Додат- ковий хетчинг | Ембріо- трансфер | Кріо |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Сперма: нативна, кріоконсервована чоловіка, донорська (код донора сперми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).  Показники сперми: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Особливості: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Ембріолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 4  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 3.13 розділу III)

### Журнал обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ооцитів

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Надходження матеріалу | | | | | | | | Використання матеріалу | | |
| прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки або код донора | N амбулаторної карти | дата надходження | кількість ооцитів у носії | вид кріоконсервації | маркування зразка | місце зберігання в кріобанку | підпис ембріолога/ кріобіолога | дата виїмки з кріобанку | мета (розморожування та використання, передача до іншого закладу охорони здоров'я тощо) | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 5  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 3.13 розділу III)

### Журнал обліку, зберігання та використання кріоконсервованих ембріонів

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Надходження матеріалу | | | | | | | | | Використання матеріалу | | |
| дата надходження | прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки або код донора | N картки пацієнтки | кількість ембріонів у носії | стадія розвитку ембріонів | вид кріоконсервації | маркування зразка | місце зберігання в кріобанку | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога | дата виїмки з кріобанку | мета (розморожування та використання, передача до іншого закладу охорони здоров'я тощо) | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 6  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 4.3 розділу IV)

### Журнал проведення внутрішньоматкових інсемінацій спермою чоловіка

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Дата | N картки пацієнтки | Прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки | Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта | Кріосперма (маркування зразка) | Спермограма | Прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 7  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 4.3 розділу IV)

### Журнал проведення внутрішньоматкових інсемінацій спермою донора

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | Дата | N картки пацієнтки | Прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки | Код донора | Кріосперма (маркування зразка) | Спермограма | Прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 8  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.2 розділу V)

### Інформована добровільна згода на донорство сперми

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заявляю, що добровільно згодний бути донором статевих клітин для використання їх у програмах допоміжних репродуктивних технологій.  Зобов'язуюсь при проведенні медичного обстеження і консультації лікаря не приховувати перенесених мною відомих мені захворювань, а також повідомляти правдиву інформацію про мою спадковість і відповідати на всі питання, поставлені лікарською комісією. Неперсоніфіковані результати мого обстеження можуть бути повідомлені реципієнтам.  Зобов'язуюсь дотримуватись режиму, прописаного мені лікарем, і повідомляти про всі зміни в стані мого здоров'я в період мого донорства статевих клітин.  Я попереджений, що не буду допущений до донорства статевих клітин, якщо будуть виявлені ознаки будь-якого захворювання.  Зобов'язуюсь не встановлювати особу жінки-реципієнта, а також дитини, що народилась у результаті використання моїх статевих клітин при проведенні лікування методами ДРТ.  Я попереджений про відповідальність, передбачену законом, за небезпеку свідомого зараження жінки-реципієнта інфекціями, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ, у результаті використання моїх статевих клітин при проведенні лікування методами ДРТ.  Я підтверджую, що уважно прочитав і зрозумів усю інформацію про процедуру, надану медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, і мав можливість обговорити  (найменування) питання, що цікавлять чи незрозумілі мені у цій галузі. На всі поставлені питання я отримав відповіді, які мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення процедури. | | |
| Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Дата подання заяви "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 9  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.2 розділу V)

### Заява пацієнтки/пацієнтів про використання донорських ооцитів

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, за добровільною згодою прошу (просимо) провести мені (нам) лікування безпліддя за допомогою лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій (ЗІВ чи ЗІВ/ІЦІС). У зв'язку з неможливістю використання для лікування нашого безпліддя ооцитів дружини просимо використати ооцити (заморожені ооцити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (код донора) якого ми вибрали як донора ооцитів.  Я (ми) попереджена(і) про те, що під час проведення процедури ЗІВ у донора ооцитів можуть виникнути ускладнення, пов'язані з оперативним втручанням (кровотеча, запалення, травма суміжних органів) та/або застосуванням лікарських засобів, що впливають на функцію яєчників (синдром гіперстимуляції яєчників, формування ретенційних кіст яєчника, алергічні реакції та інші побічні ефекти лікарських засобів, передбачені їхнім виробником).  Я (ми) розумію(ємо), що реагування яєчників на індукцію суперовуляції (стимуляцію) може бути недостатнім, а при пункції фолікулів можуть бути не отримані ооцити донора.  Мені (нам) відомо, що вагітність, яка настала в результаті лікування, може виявитися позаматковою, багатоплідною, а також може перерватися.  Заявляю(ємо), що повідомила(и) лікарю всі відомі мені (нам) дані про стан свого здоров'я, спадкові, венеричні, психічні та інші захворювання у нашій сім'ї.  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про програму, надану мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, про  (найменування) цілі, методи надання медичної допомоги, пов'язані з ними ризики, можливі варіанти медичного втручання, його наслідки, а також про можливі результати. Я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять мене (нас) або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, які задовольнили мене (нас). Моє (наше) рішення є вільним і являє собою поінформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали жінки) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали чоловіка) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| Стати донором ооцитів для пацієнтів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) згодна. | | | |
| Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 10  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.2 розділу V)

### Інформована добровільна згода на донорство ооцитів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ заявляю, що добровільно згодна бути донором статевих клітин для використання їх у програмах допоміжних репродуктивних технологій для інших пацієнтів (реципієнтів).  Я попереджена про те, що можуть бути ускладнення, викликані виконанням процедури (кровотеча, запалення, поранення суміжних органів) і застосуванням лікарських засобів, що впливають на функцію яєчників (синдром гіперстимуляції яєчників, формування ретенційних кіст яєчника, алергічні реакції та інші побічні ефекти лікарських засобів, передбачені їхнім виробником). Я попереджена, що в деяких випадках можуть знадобитися госпіталізація і оперативне втручання для лікування ускладнень.  Зобов'язуюсь при проведенні медичного обстеження і консультації лікаря не приховувати перенесених мною відомих мені захворювань, а також повідомляти правдиву інформацію про мою спадковість і відповідати на всі питання, поставлені лікарською комісією. Неперсоніфіковані результати мого обстеження можуть бути повідомлені пацієнтам (реципієнтам).  Зобов'язуюсь дотримуватись режиму, прописаного мені лікарем, і повідомляти про всі зміни в стані мого здоров'я в період мого донорства статевих клітин.  Я попереджена, що не буду допущена до донорства статевих клітин, якщо будуть виявлені ознаки будь-якого захворювання.  Зобов'язуюсь не встановлювати особу пацієнта (реципієнта), а також дитини, що народилась у результаті використання моїх статевих клітин при проведенні методів допоміжної репродукції (у разі анонімного донорства).  Я підтверджую, що уважно прочитала і зрозуміла всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, про цілі, методи  (найменування) надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я мала можливість обговорити з лікарем всі питання, що цікавлять чи незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я отримала відповіді, що мене задовольнили.  Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 11  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.2 розділу V)

### Інформована добровільна згода на донорство ембріонів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, за добровільною згодою свідомо дозволяємо використати наші ембріони у лікувальних програмах допоміжних репродуктивних технологій для інших пацієнтів (реципієнтів).  Неперсоніфіковані результати нашого обстеження можуть бути повідомлені пацієнтам (реципієнтам).  Я (ми) зобов'язуюся(ємося) не встановлювати особу пацієнта (реципієнта), а також дитини, що народилась у результаті використання наших ембріонів при проведенні методів допоміжної репродукції (у разі анонімного донорства).  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про процедуру, надану мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, що мене (нас) задовольнили. Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено:  Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 12  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.9 розділу V)

(Бланк закладу охорони здоров'я)

### Анкета донора ооцитів

|  |
| --- |
| Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Дата народження "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ року  Місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Професія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Професійні шкідливі чинники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Фенотипові ознаки: зріст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вага \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ІМТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Група крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, резус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Волосся (пряме / хвилясте / кучеряве). Колір волосся (світлий / темний / каштановий / русявий).  Очі (великі / середні / маленькі). Розріз очей (європейський / азіатський). Колір очей (блакитний / зелений / сірий / карий / чорний).  Обличчя (кругле / овальне / вузьке). Лоб (високий / низький / звичайний). Ніс (великий / середній / маленький).  Форма носа (прямий / з горбинкою / курносий / широкий).  Будова тіла (нормостенічне / астенічне / гіперстенічне).  Розмір одягу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, взуття \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Скарги: немає / є на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Менструальна функція:  Вік на момент першої менструації - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років; не пам'ятаю.  Інтервал між менструаціями (від початку попередньої до початку наступної) становить:  21 - 35 днів (регулярний менструальний цикл);  менше 21 дня (поліменорея);  від 36 днів до 6 місяців (олігоменорея);  відсутність спонтанних менструацій протягом 6 і більше місяців (вторинна аменорея);  відсутність спонтанних менструацій за весь період життя (первинна аменорея).  Наявність кровотеч, не пов'язаних з менструальним циклом: є/немає.  Заміжня / шлюб зареєстрований / цивільний шлюб / одинока.  Куріння: так (\_\_\_\_\_ цигарок на день) / ні.  Вживання алкоголю: так (\_\_\_\_\_\_\_\_ мл на тиждень) / ні.  Вживання наркотичних та психотропних речовин: ніколи не вживала / епізодично / регулярно.  Сифіліс/гонорея/гепатити (хворіла чи ні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Наявність позитивного чи сумнівного результату при обстеженні на ВІЛ / гепатит B / гепатит C (так чи ні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Приналежність до осіб з нетрадиційною сексуальною орієнтацією (гомо-, бісексуалізм) (так чи ні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Диспансерне спостереження (є/немає), у якого спеціаліста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з якого приводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  На теперішній час лікарські засоби не приймаю/приймаю (які) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Акушерський анамнез:  Пологи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років, у строк вагітності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тижнів, шляхом кесаревого розтину (так чи ні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, стать дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вага дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Оперативний анамнез:  Оперативні втручання на яєчниках, маткових трубах, матці (в якому році) назва операції: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Алергологічний анамнез:  Наявність алергічних реакцій на будь-які медикаменти ні/так, назва медикаменту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, реакція \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Сімейний анамнез:  Наявність у найближчих родичів таких станів:  діабет / хвороби серця / системна червона вовчанка / хвороби нирок / безпліддя / розумова відсталість / дефекти при народженні / психічні розлади / вроджені вади / ревматоїдний артрит / хвороби щитоподібної залози / гіпертонічна хвороба / хвороби крові / рак молочної залози / рак яєчників / рак матки / рак іншої локалізації / міома / ендометріоз / шизофренія / епілепсія / алкоголізм / муковісцидоз / інші хвороби.  Медичний анамнез:  Наявність таких станів у донора ооцитів:  хвороби щитоподібної залози / варикозне розширення вен / пневмонія / туберкульоз / бронхіальна астма / бронхіт / інші хвороби легенів / хвороби крові / анемія / ревматизм / пороки серця / інші хвороби серця / гіпертонічна хвороба / підвищена кровоточивість / психічні розлади / цироз печінки / виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки / кишкові кровотечі / проблеми з анестезією в минулому / діабет / сечокам'яна хвороба / пієлонефрит / інші хвороби нирок / неврологічні хвороби / епілепсія / гепатит / ревматоїдний артрит / тромбофлебіт / системна червона вовчанка / травми голови / рак матки (шийки) / рак яєчників / доброякісні захворювання молочної залози / рак молочної залози / рак іншої локалізації / міома / ендометріоз / кіста яєчника / аднексит / уретрит / інфекція сечового міхура / муковісцидоз / фенілкетонурія / інші хвороби.  Попередні цикли контрольованої стимуляції яєчників |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Цикли ДРТ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Дата |  |  |  |  |  |  |
| Отримано яйцеклітин |  |  |  |  |  |  |
| Вагітність |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Донор ооцитів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 13  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.9 розділу V)

(Бланк закладу охорони здоров'я)

### Особиста картка донора ооцитів

|  |
| --- |
| Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ім'я, по батькові)  Дата народження донора "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ року  Місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Освіта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, професія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Клініко-інструментальне обстеження: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Обстеження | Результат |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Діагностичне обстеження органів малого таза | | | | |
| УЗО | Дата | Матка | Правий яєчник: об'єм - AFC - | Лівий яєчник: об'єм - AFC - |
| Кольпоскопія | Дата |  | | |
| Результати інших обстежень | | | | |
| Тест | | Дата | Результат | |
| Група крові та резус-фактор | |  |  | |
| Каріотип | |  |  | |
| Носійство муковісцидозу | |  |  | |
| Ламка X-хромосома | |  |  | |
| Інші ДНК-тести | |  |  | |

|  |
| --- |
| Висновки лікаря щодо можливої участі в програмі донації ооцитів: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Обстеження перед циклом контрольованої стимуляції яєчників | | | | | | |
| Дослідження | Дата | Дата | Дата | Дата | Дата | Дата |
| Цитологія мазка |  |  |  |  |  |  |
| Мікроскопія мазка |  |  |  |  |  |  |
| Хламідіоз |  |  |  |  |  |  |
| ВІЛ |  |  |  |  |  |  |
| Сифіліс |  |  |  |  |  |  |
| Гепатит B HBs-Ag |  |  |  |  |  |  |
| Гепатит C (загальні антитіла) |  |  |  |  |  |  |
| Загальний аналіз крові |  |  |  |  |  |  |
| Коагулограма |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Цикли контрольованої стимуляції яєчників | | | | | | |
| Цикли ДРТ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Дата пункції |  |  |  |  |  |  |
| Призначені препарати (дози) |  |  |  |  |  |  |
| Дні стимуляції |  |  |  |  |  |  |
| Отримано яйцеклітин |  |  |  |  |  |  |
| Вагітність |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 14  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.15 розділу V)

### Особиста картка донора сперми

|  |  |
| --- | --- |
| Код донора сперми \_\_\_\_  Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ім'я, по батькові)  Дата народження донора "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ року.  Місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Освіта: неповна, середня загальноосвітня, середня спеціальна, неповна вища, вища (потрібне підкреслити)  Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Професія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Професійні шкідливі чинники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зріст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вага \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, група крові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rh-фактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Обличчя (кругле / овальне / вузьке) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Ніс (прямий / з горбинкою / курносий / широкий) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Структура волосся (пряме / кучеряве / відсутнє) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Колір волосся (світлий / темний / каштановий / русявий) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Розріз очей (європейський / азіатський) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Колір очей (блакитний / зелений / сірий / карий / чорний) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Зір (нормальний / далекозорість / короткозорість) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Лоб (звичайний / високий / низький) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Провідна рука: права / ліва \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Риси характеру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Родинний стан: неодружений / одружений / розлучений / вдівець.  Наявність дітей (немає/є), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вік (років), стать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Чи проходив військову службу: ні/так.  Наявність в анамнезі донорства крові чи плазми: ні/так.  Наявність в анамнезі радіаційного чи рентгенівського опромінення: ні/так.  Наявність хвороб в анамнезі (дизентерія, гепатит, мононуклеоз, запалення легенів, інше) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Шкідливі звички: вживання спиртних напоїв: епізодично / не вживаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паління: ні, так (кількість сигарет на день) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вживання наркотичних та психотропних речовин: ні/так.  Контакти з хімічними речовинами, лікарськими засобами, газами (за останні 5 років): ні, так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Спадкові захворювання в родині: немає, є \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Випадки народження близнят у родині: ні, так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Чи мали Ви або члени Вашої родини проблеми з уродженими вадами таких систем організму: нервова, кровотворна, дихальна, статева, серцево-судинна, гормональна, шлунково-кишковий тракт (ні, так) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Генетичні захворювання в родині (ні, так) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| Донор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 15  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.16 розділу V)

### Журнал обліку, зберігання та використання сперми донорів

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Надходження матеріалу | | | | | | Використання матеріалу | | | |
| N з/п | код донора | дата надходження матеріалу | спермограма | маркування зразка | місце зберігання в кріобанку | підпис ембріолога/ кріобіолога | дата виїмки з кріобанку | мета (розмороження та використання, передача до іншого закладу охорони здоров'я тощо) | N амбулаторної карти реципієнта (якщо використана для ДРТ в межах закладу охорони здоров'я) | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 16  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 5.24 розділу V)

### Заява пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій із гаметами/ембріонами донорів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, у зв'язку з неможливістю використання для лікування безпліддя власних гамет/ембріонів за добровільною згодою прошу (просимо) надати медичну допомогу методами допоміжних репродуктивних технологій з використанням (потрібне підкреслити):  замороженої сперми анонімного донора;  ооцитів донора (заморожених/не заморожених);  донорських ембріонів (заморожених/не заморожених).  Я (ми) зобов'язуюсь (зобов'язуємось) не встановлювати особу донора/донорів, якщо він (вона/вони) є анонімними.  Я (ми) попереджена(і), що настання вагітності не може бути гарантовано.  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про процедуру, надану мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, що цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, які задовольнили мене (нас). Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 17  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 6.4 розділу VI)

### Заява сурогатної матері

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виявляю бажання стати сурогатною матір'ю. Я розумію, що для цього я повинна пройти клінічне обстеження. Заявляю, що повідомила лікарю закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування) усю відому мені інформацію про стан свого здоров'я, спадкові, венеричні, психічні та інші захворювання в моїй родині.  Я розумію, що результати мого обстеження будуть повідомлені не тільки мені, але й подружжю, яке страждає на безпліддя.  Я попереджена про те, що при проведенні процедури ДРТ можуть виникнути ускладнення, пов'язані з прийманням лікарських засобів. Мені зрозумілі переваги й можливі ризики застосування цих засобів. На використання цих лікарських засобів я  даю згоду;  не даю згоди.  Я попереджена про те, що вагітність і пологи можуть супроводжуватися розвитком ускладнень. Під час проведення цієї програми я зобов'язуюсь виконувати всі призначення лікаря і дотримуватися його рекомендацій.  Мені роз'яснено порядок проведення процедури і відомо, що може знадобитися не одна спроба, перш ніж настане вагітність, а також що процедура може виявитися безрезультатною.  Я підтверджую, що уважно прочитала і зрозуміла всю інформацію, в тому числі статті 123, 136 Сімейного кодексу України, і мала можливість обговорити з лікарем закладу охорони здоров'я всі питання, які мене цікавили або були незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я отримала відповіді, які мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення процедури.  Я попереджена про те, що заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування) не вирішує юридичних питань, пов'язаних з оформленням дитини, яка народилась. | | |
| Сурогатна мати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| Заяву завірено: Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 18  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 6.9 розділу VI)

(Бланк закладу охорони здоров'я)

### Довідка про генетичну спорідненість батьків (матері чи батька) з плодом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подружжя: дружина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, та чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, які перебувають у зареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року, звернулося в заклад охорони здоров'я.  Після обстеження встановлено діагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  У зв'язку з неможливістю виношування вагітності було проведено програму ДРТ з перенесенням ембріона/ембріонів у порожнину матки сурогатної матері \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження)  Паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий (коли, ким) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  У лікувальній програмі ДРТ використано яйцеклітини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали дружини / код донора) та/або сперматозоїди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (прізвище, ініціали / код донора)  Перенесення ембріонів у порожнину матки сурогатної матері відбулось \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Перенесено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ембріон(ів).  (кількість, стадія розвитку, в тому числі кріоконсервованих)  Факт вагітності при дослідженні ХГ в крові встановлено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  На УЗД факт вагітності, кількість плодів та строк вагітності підтверджено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Має місце генетична спорідненість батьків з плодом (плодами). | | |
| Лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 19  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 6.10 розділу VI)

### Згода чоловіка сурогатної матері на її участь у програмі сурогатного материнства

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові чоловіка, дата, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, згоден на участь моєї дружини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові дружини, дата, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з якою перебуваю у зареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, у програмі сурогатного материнства.  Зобов'язуюся не встановлювати особу реципієнтів, а також дитини, що народилась у результаті проведеної лікувальної програми ДРТ, та виконувати умови договору між реципієнтами та моєю дружиною.  Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| Чоловік сурогатної матері | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) (підпис)  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 20  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.1 розділу VII)

### Заява на кріоконсервацію сперми, ооцитів, оваріальної тканини чи біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, свідомо і добровільно погоджуюся провести кріоконсервацію і зберігання (необхідне підкреслити):  сперми;  ооцитів;  оваріальної тканини;  біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка,  на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Я попереджений (попереджена), що: біологічний матеріал після кріоконсервації може стати не придатним для використання; настання вагітності при використанні розмороженого біологічного матеріалу не гарантовано.  Я попереджений (попереджена), що зберігання заморожених ембріонів здійснюється в стандартних резервуарах під цілодобовим наглядом медичних працівників закладу охорони здоров'я.  Я поінформований (поінформована) про всі наслідки, які можуть бути при проведенні ДРТ.  Я підтверджую, що уважно прочитав (прочитала) і зрозумів (зрозуміла) всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я мав (мала) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я отримав (отримала) відповіді, які мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури.  Я попереджений (попереджена), що для продовження строку зберігання кріоконсервованого біологічного матеріалу необхідно поновити оформлення строку зберігання. У разі зміни обставин я маю письмово повідомити про зміни умов або строків зберігання заморожених матеріалів.  Після закінчення визначеного строку зберігання кріоматеріалів зберігання їх буде припинено незалежно від причин. Я згоден (згодна), що після закінчення визначеного строку зберігання працівники закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування) мають право використовувати кріоматеріали в наукових, клінічних цілях або знищити. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 21  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.1 розділу VII)

### Заява на кріоконсервацію ембріонів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу (просимо) провести кріоконсервацію (заморожування і зберігання) моїх (наших) придатних для цієї процедури ембріонів на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Мене (нас) поінформували, що технологія кріоконсервації вимагає проведення заморожування ембріонів точно у момент досягнення ними визначеної стадії розвитку. Я (ми) попереджена (попереджені), що отримання інформації про виконання послуг з кріоконсервації мого (нашого) екземпляра можливе через 7 днів після пункції фолікулів і є моїм (нашим) обов'язком.  Я (ми) попереджена (попереджені), що у випадку недотримання вимог договору на кріоконсервацію ембріонів заклад охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ повинен  (найменування) буде припинити зберігання ембріонів.  Я (ми) поінформована (поінформовані), що ембріони можуть бути розморожені і перенесені в порожнину матки в природному менструальному циклі у випадку невдалої спроби ЗІВ чи, якщо спроба була вдалою і вагітність настала таким шляхом, може бути отримана нова вагітність. Можлива тривалість зберігання ембріонів науково не встановлена, на практиці рекомендується обмежити її 3 - 5 роками. Конкретний термін зберігання встановлюється мною (нами).  Я (ми) знаю (знаємо), що ембріони після кріоконсервації можуть бути не придатними для перенесення, настання вагітності не може бути гарантовано.  Я (ми) попереджена (попереджені), що зберігання заморожених ембріонів здійснюється в стандартних резервуарах, що випускаються промисловістю, під цілодобовим наглядом медичних працівників закладу охорони здоров'я.  Я (ми) поінформована (поінформовані), що використання наших ембріонів у процедурах ДРТ для нас або інших пацієнтів може бути здійснено виключно за нашою взаємною письмовою згодою.  Я (ми) поінформована (поінформовані), що зберігання наших ембріонів може бути припинено раніше зазначеного строку чи продовжено виключно за нашою взаємною письмовою згодою.  Я (ми) поінформована (поінформовані), що для продовження зберігання ембріонів нам необхідно зазначити в заяві новий строк зберігання.  Я (ми) зобов'язуюсь (зобов'язуємося) заявити про зміну строків зберігання і використання заморожених ембріонів у випадку зміни сімейних обставин.  Я (ми) поінформована (поінформовані), що після закінчення зазначеного в договорі строку зберігання ембріонів буде припинено.  Послуги з кріоконсервації і зберігання ембріонів зобов'язуюсь (зобов'язуємось) оплачувати згідно з договором, укладеним із закладом охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (найменування)  Я (ми) підтверджую (підтверджуємо), що уважно прочитала (прочитали) і зрозуміла (зрозуміли) всю інформацію про процедуру, надану мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала (мали) можливість обговорити з лікарем усі питання, що цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала (отримали) відповіді, що задовольнили мене (нас). Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури.  Я (ми) розумію (розуміємо), що зазначення місця проживання та контактних телефонів важливо в моїх (наших) власних інтересах. Негайне інформування закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування) про зміну місця проживання і контактних телефонів є моїм (нашим) обов'язком. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ | | |
| Прошу (просимо) продовжити зберігання на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: | | |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | |
| Прошу (просимо) продовжити зберігання на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | |
| Прошу (просимо) продовжити зберігання на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | |
| Прошу (просимо) продовжити зберігання на строк до "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 22  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.1 розділу VII)

### Журнал обліку, зберігання та використання сперми пацієнтів, біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, що підлягають кріоконсервуванню

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п | N карти пацієнта | Надходження матеріалу | | | | | | Використання матеріалу | | |
| прізвище, ім'я, по батькові | дата надходження матеріалу | вид матеріалу (сперма, тканина яєчка, суспензія тощо) | маркування зразка | місце зберігання в кріобанку | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога | дата виїмки з кріобанку | мета (розмороження та використання, передача до іншого закладу охорони здоров'я тощо) | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 23  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.1 розділу VII)

### Журнал обліку, зберігання та використання кріоконсервованої тканини яєчника

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Надходження матеріалу | | | | | | | Використання матеріалу | | |
| N з/п | прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки | N амбулаторної карти | дата надходження | вид кріокон- сервації | маркування зразка | місце зберігання в кріобанку | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога | дата виїмки з кріобанку | мета (розмороження та використання, передача до іншого закладу охорони здоров'я тощо) | прізвище, ім'я, по батькові та підпис ембріолога/ кріобіолога |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 24  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.2 розділу VII)

### Заява на розморожування сперми, ооцитів, оваріальної тканини чи біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата, рік народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  свідомо і добровільно погоджуюся провести розморожування і використання в межах ДРТ, вказаних у моїй заяві щодо застосування ДРТ / вказаних в заяві (розпорядженні) іншої особи (необхідне підкреслити) щодо розпорядження репродуктивними клітинами на випадок смерті чи оголошення її померлою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дата, рік народження, вид документа, дата його складання) кріоконсервованого біологічного матеріалу (необхідне підкреслити):  сперми;  ооцитів;  оваріальної тканини;  біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка.  Я попереджений (попереджена), що: біологічний матеріал після кріоконсервації може стати не придатним для використання; настання вагітності при використанні розмороженого біологічного матеріалу не гарантовано.  Я підтверджую, що уважно прочитав (прочитала) і зрозумів (зрозуміла) всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я мав (мала) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я отримав (отримала) відповіді, що мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури.  Я попереджений (попереджена), що для продовження строку зберігання мого кріоконсервованого біологічного матеріалу, якщо він залишиться, необхідно поновити оформлення строку зберігання. У разі зміни обставин я маю письмово повідомити про зміни умов або строків зберігання і використання заморожених матеріалів.  Після закінчення визначеного строку зберігання кріоматеріалів зберігання їх буде припинено незалежно від причин. Я згоден (згодна) / не згоден (не згодна), що по закінченні визначеного строку зберігання працівники закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування) мають право використовувати кріоматеріали в наукових, клінічних цілях або знищити. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: |  |  |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

(додаток 24 із змінами внесеними згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені наказом Міністерства*  
 *охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540*)

Додаток 25  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 7.2 розділу VII)

### Заява на розморожування і перенесення ембріонів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Прошу (просимо) розморозити ембріони, які належать мені (нам), для використання в лікувальній процедурі ДРТ, зазначеній в моїй (нашій) заяві щодо застосування ДРТ.  Я (ми) попереджена(і) про те, що: ембріони після розморожування можуть стати нежиттєздатними і не придатними для перенесення в порожнину матки; настання вагітності при перенесенні в порожнину матки розморожених ембріонів не гарантовано.  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про процедуру, надану мені (нам) медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, які задовольнили мене (нас). Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: |  |  |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 26  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 8.3 розділу VIII)

### Заява на проведення редукції ембріонів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, у зв'язку з високим ризиком втрати вагітності, пов'язаним з наявною у мене багатоплідною вагітністю, прошу провести мені редукцію ембріона з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Мені роз'яснений порядок проведення операції редукції ембріонів.  Я поінформована, що операція редукції ембріонів може призвести до переривання вагітності.  Я розумію, що з причин, не залежних від лікарів і медичного персоналу, внаслідок оперативного внутрішньоматкового втручання можливий розвиток таких ускладнень, як кровотеча, інфекційно-септичні захворювання, алергічні реакції на лікарські засоби, що вводяться, тромбоемболічні ускладнення, які можуть потребувати інтенсивної терапії та/або незапланованого оперативного втручання (не виключаючи видалення матки і її придатків), зупинка розвитку ембріона (ембріонів), що залишився(лись).  Я повідомила лікарю усю відому мені інформацію про стан свого здоров'я, спадкові, венеричні, психічні та інші захворювання в моїй родині.  Я підтверджую, що уважно прочитала і зрозуміла всю інформацію про процедуру, що надається мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, про  (найменування) цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я мала можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені в цій галузі. На всі поставлені питання я отримала відповіді, які мене задовольнили. Моє рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення даної процедури. | | |
| Вагітна | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року | | |
| Лікар | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (підпис) |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 27  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 10.3 розділу X)

### Заява на преімплантаційне генетичне дослідження

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я (ми), жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про реєстрацію шлюбу N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, видане \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом. тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моб. тел. жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моб. тел. чоловіка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail чоловіка/жінки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу (просимо) провести преімплантаційне генетичне дослідження з метою виявлення аномалій \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (на які аномалії та яким методом передбачається тестування)  Я (ми) розумію(ємо), що настання вагітності та виключення інших хромосомних або генних аномалій у ембріона (плода) не може бути гарантовано в результаті цього дослідження. Заявляю(ємо), що повідомила(и) лікарю всі відомі дані про стан свого здоров'я, спадкові, венеричні, психічні та інші захворювання у наших родинах.  Я (ми) підтверджую(ємо), що уважно прочитала(и) і зрозуміла(и) всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) про цілі, методи надання медичної допомоги, про пов'язані з ними ризики, про можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мала(и) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені (нам) у цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримала(и) відповіді, які мене (нас) задовольнили. Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали жінки) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ініціали чоловіка) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |  |
| Заяву завірено: |  |  |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |

Додаток 28  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 11.3 розділу XI)

(Бланк закладу охорони здоров'я)

### Акт про передачу кріоконсервованих ембріонів/ооцитів/сперми/тканини яєчника/яєчка або його придатка

|  |
| --- |
| Інформація про пацієнта (пацієнтів)  Жінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Чоловік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження) паспорт: серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Дата отримання біоматеріалу "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Дата кріоконсервації "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  Метод кріоконсервації (повільне заморожування, вітрифікація) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Найменування та виробник кріоконсерваційного набору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Носій, що був використаний (соломинки, віали тощо), з відомостями про виробника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Кількість носіїв (соломинок, віалів тощо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Розподіл за носіями: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N носія | Маркування | Вміст носія (сперма, ооцити, ембріони, фрагменти тканини яєчка, яєчника або суспензія тощо) | Кількісні характеристики (кількість сперматозоїдів у мл, кількість ембріонів, об'єм тканини або суспензії тощо) | Коментарі (якісні характеристики та стадія розвитку ембріонів, якісні характеристики сперми тощо) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кріоконсервація відбулася з дотриманням технології за протоколом виробника.  Кріоконсервовані ембріони/ооцити/сперма/тканина яєчника/яєчка або його придатка, що зберігались у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (найменування) було передано "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року за письмовою заявою пацієнтів до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (найменування закладу охорони здоров'я) за письмовою згодою керівника закладу охорони здоров'я. | | |
| Відповідальна особа за транспортування  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище, ім'я, по батькові) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| Ембріолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник закладу охорони здоров'я | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ініціали) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) |
| "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  М. П. | | |

Додаток 29  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 1.10 розділу I)

*(Бланк або кутовий штамп закладу охорони здоров'я)*

### Висновок N \_\_\_\_\_ мультидисциплінарного консиліуму про можливість застосування лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій

|  |
| --- |
| 1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Дата народження: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (число, місяць, рік)  3. Стать: чоловіча , жіноча  4. Місце проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Паспорт: серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Протипоказання, які перешкоджають застосуванню лікувальних програм ДРТ, які передбачені додатком 30 до цього Порядку (у разі наявності): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Висновок МДК: за станом здоров'я особі  може  не може бути застосовано лікувальні програми ДРТ (вказати, які саме) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Лікарі, які беруть участь у консиліумі: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (найменування посади) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ) |

|  |
| --- |
| Консиліум проведено "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року |

(Порядок доповнено додактом 29 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

Додаток 30  
до Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні  
(пункт 3.2 розділу III)

### Протипоказання для застосування лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій для проведення лікування жіночої безплідності (захворювання, у разі яких виношування вагітності протипоказане)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код національного класифікатора НК 025:2021 "Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я" | Назва хвороби | Форма, стадія, ступінь хвороби | Примітки |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| *Деякі інфекційні та паразитарні хвороби* | | | |
| A 15 | Туберкульоз органів дихання, підтверджений бактеріологічно, гістологічно |  |  |
| A16 | Туберкульоз органів дихання, не підтверджений бактеріологічно або гістологічно |  | Якщо існують клінічні ознаки активної інфекції або значний ризик здоров'я матері та (або) плода |
| A17 | Туберкульоз нервової системи |  |  |
| A18 | Туберкульоз інших органів |  |  |
| A19 | Міліарний туберкульоз |  |  |
| *Новоутворення* | | | |
| C00 - C96 | Злоякісні новоутворення |  | Окрім випадків, коли пацієнтку віднесено до 3 клінічної групи |
| D00 - D09 | Новоутворення in situ |  |  |
| *Хвороби системи кровообігу* | | | |
| I27 I127.1, 127.2, 127.8, 127.9 | Первинна легенева гіпертензія, кіфосколіотична хвороба серця. Інша вторинна легенева гіпертензія; Інші уточнені форми легенево-серцевої хвороби, Легенево-серцева хвороба не уточнена | Важкі форми та стадії легеневої гіпертензії, кіфосколіотичної хвороби серця та інших уточнених серцево-легеневих хвороб |  |
| I50 | Серцева недостатність | III, IV функціонального класу |  |
| I11.0, 112.0, 113.0, 113.1, 113.2 | Гіпертензивна хвороба серця (гіпертонічна хвороба з переважним ураженням серця); 112 Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок 113 Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням серця та нирок із (застійною) серцевою та нирковою недостатністю | 3 ступеню |  |
| I20 - I25 | Ішемічна хвороба серця |  | У важкій формі або на стадії декомпенсації, включаючи стабільну або нестабільну стенокардію, гострий інфаркт міокарда, а також хронічну ішемічну хворобу серця з високим ризиком серцевих ускладнень |
| *Хвороби сечостатевої системи* | | | |
| N18.3 - N18.5 | Хронічна хвороба нирок | III В - V стадій |  |
|  | N00 Гострий нефритичний синдром N04 Нефротичний синдром N05 Неуточнений нефритичний синдром |  |  |
| *Хвороби крові і кровотворних органів* | | | |
| D60; D61 | Набута чиста еритроцитарна аплазія (еритробластопенія) Інші апластичні анемії | У формі, що характеризуються зниженням усіх трьох гематопоетичних клітинних ліній (панцитопенія) та маркованою гіпоплазією кісткового мозку, особливо на декомпенсованих стадіях з високим ризиком геморагічних ускладнень та інфекцій |  |
| (D55 - D59) крім D57 | Гемолітичні анемії |  |  |
| D57.0; D57.1 | Серпоподібноклітинна анемія з кризів Серпоподібноклітинна анемія без кризів |  |  |
| D45; D47.1; D47.3 | Поліцитемія справжня Хронічна мієлопроліферативна хвороба Есенціальна (геморагічна) тромбоцитемія | В активній фазі або при наявності виражених симптомів, які включають високий ризик тромбозу або кровотеч | У разі постійної терапії засобами, категорично протипоказаними під час вагітності |
| D65 - D69 D68.0 | Порушення згортання крові, пурпура та інші геморагічні стани Хвороба Віллебранда | У випадках тяжкої коагулопатії або неконтрольованих геморагічних умов. Ці стани, які включають Дисеміноване внутрішньосудин не згортання [синдром дефібринації], тромбоцитопенію, гемофілію та інші порушення | Які за висновком МДК обумовлюють ризик життєзагрозливих кровотеч D68.0 Хвороба Віллебранда в період загострення, гіпофібріногенемі я менше 1,8 г/л |
| *Хвороби органів травлення* | | | |
| K74 | Фіброз та цироз печінки | Декомпенсована стадія цирозу печінки (K74) з ознаками асциту портальної гіпертензії, печінкової енцефалопатії, коагулопатії та іншими важкими порушеннями функції печінки |  |
| K72 | Печінкова недостатність, не класифікована в інших рубриках | Некомпенсовані стадії захворювання, що характеризуються клінічними проявами гострої або прогресуючої печінкової недостатності, включно з порушеннями коагуляційної системи гепатоцелюлярною енцефалопатією та іншими симптомами, що суттєво ускладнюють загальний стан здоров'я та підвищують ризики для матері та плоду |  |
| K 76.6 | Портальна гіпертензія | На стадії декомпенсації з проявами езофагеальних варикозних розширених вен та/або з ознаками печінкової енцефалопатії |  |
| K50 K51 | Хвороба Крона (регіонарний ентеріт); Виразковий коліт | У випадку їх тяжкої або активної форми, яка супроводжується важкими симптомами, виключно з високим ризиком обструкції кишечника, значною мальабсорбцією, неконтрольовани ми діареями, вагомою втратою ваги або анемією |  |
| *Хвороби ендокринної системи* | | | |
| E24 | Синдром Кушинга | Активна фаза |  |
| E00 - E07 E20 - E35 E70 - E89 | Хвороби щитоподібної залози; Порушення обміну речовин | E00 - E07 Захворювання щитовидної залози: включає тяжкі форми гіпертиреозу інших порушень, які можуть впливати на репродуктивне здоров'я. E20 - E35 - захворювання паращитовидних залоз і інших ендокринних залоз: включає важкі форми гіперпаратиреозу, адреногенітальни й синдром та інші порушення. E70 - E89 - метаболічні розлади: включає фенілкетонурію, галактоземію, порушення обміну амінокислот та інші генетичні метаболічні захворювання | Якщо захворювання чи стани за висновком МКД перешкоджають виношуванню вагітності, загрожують життю жінки та плоду |
| *Захворювання дихальної системи* | | | |
| J96 | Хронічна респіраторна недостатність | III ступеня |  |
| J44 | Інша хронічна обструктивна хвороба | III, IV ступеня |  |
| *Розлади психіки та поведінки* | | | |
| F01 - F20; F25; F28; F29; F60-F69; F70 - F79 | Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади (крім деменції при хворобі Альцгеймера); Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; Шизофренія; шизоафективні розлади; інші неорганічні психотичні розлади; неуточнений неорганічний психоз; розлади особистості та розлади поведінки у зрілому віці; розумова відсталість |  | Важкі афективні розлади, психотичні стани, серйозні порушення особистості та поведінки, що можуть значно впливати на здатність пацієнтки виносити вагітність та впоратись з материнством |
| *Генетичні хвороби* | | | |
| Q00 - Q99 | Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії |  | У тих випадках, де вади або аномалії значно впливають на функціональність та структуру органів, необхідних для безпечного виношування вагітності, або мають потенціал передаватися від батьків до дитини, і які за висновком МДК є протипоказанням до вагітності або асоційовані з високим ризиком народження невиліковно хворої дитини |
| ***Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини*** | | | |
| M30 - M36 | Системні хвороби сполучної тканини | В активній фазі або при наявності виражених симптомів | У разі постійної терапії засобами, категорично протипоказаними під час вагітності |

(Порядок доповнено додактом 30 згідно з наказом  
 Міністерства охорони здоров'я України від 06.03.2024 р. N 383,  
*враховуючи зміни, внесені* наказом Міністерства  
 охорони здоров'я України від 29.03.2024 р. N 540)

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора Департаменту** **реформ та розвитку медичної допомоги** | **Є. Мороз** |