



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun.Chișinău

„27, 03 2017

nr.242

**Cu privire la unele măsuri de facilitare a implementării
prevederilor ordinului nr.149 din 23 februarie 2017
„Cu privire la acordarea serviciilor de reproducere
umană asistată”**

În scopul sporirii accesului cuplurilor la servicii de reproducere umană asistată, în conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585 din 27 februarie 1998, Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, cu modificările și completările ulterioare, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

ORDON:

1. Conducătorilor instituțiilor medico-sanitare care prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală:

1) a organiza efectuarea pentru cuplurile asigurate, la trimiterea medicului de familie, din mijloacele financiare destinate pentru asistență medicală primară, a investigațiilor incluse în anexa la prezentul ordin;

2) a asigura completarea de către medicul de familie a punctelor 1, 2, 3, 4, 10, 11 al Trimiterii la Comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.149 din 23 februarie 2017 Cu privire la acordarea serviciilor de reproducere umană asistată, cu aplicarea semnăturii și parafei instituției medico-sanitare;

3) a organiza, în termen pînă la 15 zile de la inițierea examinării, trimiterea de către medicul de familie a cuplului la consultația medicului obstetrician ginecolog, cu eliberarea Trimiterii completate conform prevederilor de la punctul 2) și anexarea rezultatelor investigațiilor efectuate;

4) a asigura informarea, sub semnatură, a tuturor medicilor de familie despre prevederile prezentului ordin, volumul investigațiilor efectuate gratuit cuplurilor la nivel de asistență medicală primară și modalitatea trimiterii la următoarea etapă de prestare a serviciilor.

2. Directorilor instituțiilor medico-sanitare publice Spitale raionale, Asociații Medicale Teritoriale:

- 1) a asigura examenul medical de către medicul obstetrician ginecolog, cu efectuarea gratuită în cadrul instituției sau prin eliberarea biletului de trimitere pentru servicii de înaltă performanță, a investigațiilor necesare conform Trimitterii la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate;
- 2) a organiza, la necesitate, trimiterea pentru consultație la medicul specialist urolog/androlog în dependență de tipul infertilității, tratamentul necesar, în cazul rezultatelor investigațiilor diferite de cele specificate în Trimiterea la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate;
- 3) a asigura completarea de către medicul obstetrician ginecolog a pct.5 Criteriile medicale (de bifat) și pct. 6 Diagnosticul de infertilitate complet a Trimitterii la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, cu aplicarea semnăturii și parafei;
- 4) a elibera, în cazul cînd cuplul a întrunit unul din criteriile primare și toate criteriile complementare, conform pct.5 al Trimitterii, în termen de 30 de zile de la adresare, Trimiterea la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, cu anexarea tuturor rezultatelor investigațiilor și semnarea acesteei de către Șeful secției consultative a Spitalului raional sau vicedirectorul Asociației Medicale Teritoriale, cu aplicarea parafei instituției medico-sanitare;
- 5) a elibera, în cazul cînd cuplul nu a întrunit unul din criteriile primare și toate criteriile complementare, conform pct.5 al Trimitterii la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, rezultatele investigațiilor cu recomandările medicale de rigoare;
- 6) a asigura informarea, sub semnătură, a tuturor medicilor obstetricieni-ginecologi despre prevederile prezentului ordin, volumul investigațiilor efectuate gratuit cuplurilor din mijloacele financiare destinate pentru asistența medicală specializată de ambulator, inclusiv pentru serviciile de înaltă performanță și criteriile care trebuie să le îtrunească cuplul pentru prezentare la Comisie.

3. Controlul îndeplinirii prezentului ordin se pune în sarcina dnei Liliana Iașan și dlui Oleg Creciu, viceminiștri.

Ministrul



Ruxanda GLAVAN

Anexă

La ordinul Ministerului Sănătății
Nr. 244 din 27.03.17

Lista investigațiilor
efectuate cuplurilor în vederea implementării prevederilor
ordinului nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordarea serviciilor de
reproducere umană asistată” gratuit, din contul mijloacelor financiare
destinate pentru asistență medicală primară, la trimiterea medicului de
familie

Nr.	Denumirea investigației
12*	Frotiu urogenital
151*	Examen ecografic transvaginal la a 7-10 zi a ciclului menstrual
160*	Examen ecografic al glandei mamare la a 7-10 zi a ciclului menstrual
159*	Examen ecografic al glandei tiroide
86 ¹ **/86 ² **	Investigația citomorfologică, test Papanicolau

* - anexa nr. 4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, compartimentul I

** - anexa nr. 4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, compartimentul II

**Trimitere
la comisia de evaluare a cuplurilor asigurate**

1. Numele, prenumele cuplu (**ea**) _____
Data, luna, anul nașterii _____
IDNP _____ Numărul poliței de asigurare _____
Locul de muncă (funcția) _____
2. Numele, prenumele cuplu (**el**) _____
Data, luna, anul nașterii _____
IDNP _____ Numărul poliței de asigurare _____
Locul de muncă (funcția) _____
3. Adresa _____
4. Telefon de contact _____
5. Criterii medicale (**de bifat**)

(de bifat)	Primare	(de bifat)	Complementare
	Factorul tubar al infertilității, cum ar fi absența trompelor uterine sau obstrucția tubară, în lipsa efectului de la tratamentul laparoscopic repetat		Uterul fără patologie, cum ar fi anomalii congenitale, sinechii, miom submucos, sau interstitional
	Factorul endocrin, cum ar fi anovulația și polichistoza ovariană în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani		Rezerva ovariană în limitele normale și valorile hormonului antimüllerian $> 1,1 \text{ ng/ml}$
	Endometrioza documentată în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani		Indicele masei corporale cu valoarea ≥ 20 și ≤ 25
	Infertilitate de altă etiologie, dacă tratamentele convenționale nu au dat rezultat pe parcursul a 5 ani		Lipsa maladiilor extragenitale, stabilite în anexa nr.4 la prezentul Regulament

6. Diagnosticul de infertilitate complet:
-
-
-
-

6. Pentru Ea

Rezultatele investigațiilor de laborator a cuplului (**ea**), valabile 3 luni, cu anexarea originalelor la:

Nr.	Denumirea investigației	Rezultatele examinării
12*	Frotiu urogenital	Gradul de puritate I
283***	Determinarea ADN-ului Chlamydia trachomatis – calitativ	Negativ
284***	Determinarea ADN-ului Ureplasma urealyticum – calitativ	Negativ
287***	Determinarea ADN-ului Mycoplasma hominis – calitativ	Negativ
231**	Reacția imunoenzimatică în herpes simplex tip I _i II (HSV I, II)	Prezența rezultatului
230**	Reacția imunoenzimatică în cytomegalovirus	Prezența rezultatului
200**	Reacția imunoenzimatică în toxoplaspoză	Prezența rezultatului
78 ¹¹ **	Determinarea anticorpilor IgG anti-Rubella	Prezența rezultatului

149**/ 150**/ 151***	Determinarea testosteronului	În limitele normei
139**/ 140**/ 141**	Determinarea prolactinei	În limitele normei
154**/ 155**/ 156**	Determinarea LH	În limitele normei
157**/ 158**/ 159**	Determinarea FSH	În limitele normei
163**/ 238**	Determinarea DHEA-s	În limitele normei
136**/ 137**/ 138**	Determinarea TSH	În limitele normei
133**/ 134**/ 135**	Determinarea T4	În limitele normei
144**/ 145**/ 175**/ 239**	Determinarea anti-TPO	În limitele normei
151*	Examen ecografic transvaginal la a 7-10 zi a ciclului menstrual	Uterul fără patologie, cum ar fi anomalii congenitale, sinechii, miom submucos, sau intersticijal
160*	Examen ecografic al glandei mamare la a 7-10 zi a ciclului menstrual	Fără patologie
159*	Examen ecografic al glandei tiroide	Fără patologie
86 ¹ **/ 86 ² **	Investigația citomorfologică, test Papanicolau	Valabil 2 ani, cu anexarea originalului.
În cazul efectuării		
Rezultatul histerosalpingografiei, pelicula și descrierea clinică se anexează		
Rezultatul histerosalpingografiei, cu descrierea în original		
Extrasul din protocolul intervenției chirurgicale suportate, cum ar fi laparatomii sau laparoscopii, soldate cu anetectomii, tubectomii, miomectomii, cu indicarea datei lunii și anului efectuării.		

7. Pentru El.

Rezultatele investigațiilor de laborator al cuplului (*el*), valabile 3 luni, cu anexarea originalelor lor:

Nr.	Denumirea investigației	Rezultatele examinării
12*	Frotiu urogenital	Gradul de puritate I
283***	Determinarea ADN-ului Chlamydia trachomatis – calitativ	Negativ
284***	Determinarea ADN-ului Ureplasma urealyticum – calitativ	Negativ
287***	Determinarea ADN-ului Mycoplasma hominis – calitativ	Negativ

8. Pentru El și Ea.

Rezultatele analizelor de laborator și investigațiilor instrumentale comune pentru cuplu (*ea și el*), valabile 1 lună cu anexarea originalelor lor:

Nr.*	Denumirea investigației	Rezultatele examinării
72***	Investigația singelui la markeri serologici ai infecției HIV/SIDA prin metoda imunoenzimatică ELISA cu eliberarea certificatului F.SIDA nr.27/e "Certificat medical referitor la examinarea la markeri serologici ai virusului imunodeficienței umane (HIV)"	Negativ
215**	Reacția imunoenzimatică în hepatita virală B determinarea AgHBs	Prezența rezultatului
222**	Reacția imunoenzimatică în hepatita virală C determinarea Anti-HCV sumar	Prezența rezultatului
77**/ 78**/ 171**/	Reacția la sifilis	Negativ
	Radiografia cutiei toracice valabilă 6 luni, cu anexarea originalelor.	valabilă 6 luni, cu anexarea originalelor, nn limitele normei,

* - anexa nr. 4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, compartimentul I

** - anexa nr. 4 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, compartimentul II

*** - anexa nr. 5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

10. Diagnosticul maladiilor concomitente ea:

11. Diagnosticul maladiilor concomitente el:

Data completării trimiterii _____
 Data _____ Luna _____ Anul _____

Medicul de familie _____
 Semnătura _____ Numele, Prenumele, Patronimicul _____

Medicul obstetrician-ginecolog _____
 Semnătura _____ Numele, Prenumele, Patronimicul _____

Şeful secției consultative Spitalul Raional/Municipal sau vicedirectorul Asociației Medicale Teritoriale _____
 Semnătura _____ Numele, Prenumele, Patronimicul _____

Stampila instituției