



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец 1-Барање за БПО

Б А Р А Њ Е
за остварување на правото за биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

За прво дете За второ дете За трето дете За четврто дете

1. Барател (име и презиме на жената):

2. ЕМБГ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Постојано место на живеење:

4. Адреса за контакт:

5. Телефон за контакт/ Е-пошта:

6. Брачна состојба:

Брачна Вонбрачна Деловна жена Брачна со гестациски
носител

7. Име и презиме на мажот (доколку нема, не се пополнува)

8. ЕМБГ на мажот

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Задолжителна административна документација во прилог која ја поднесува осигуреното лице:

- Предлог за БПО, кој го пополнува избраниот гинеколог;
- Потпишана изјава за БПО;
- Податок за брачна состојба (копија од извод на венчани);
- Изјава заверена на нотар за период на вонбрачно живеење доколку подносителите не се во брачна заедница
- Потврда од подрачната служба на Фондот за претходно искористено право на БПО, надоместок за набавени и искористени лекови потребни за вршење на БПО постапка или остварено право на надоместок на плата за привремена спреченост за работа поради бременост, породување и мајчинство.

10. Дополнителна документација:

- Отпусно писмо од претходните бремености за состојби со секундарен инфертилитет;
- Извештај од претходната БПО постапка;
- Извод од Матична книга на родени за прво родено дете, второ родено и трето родено дете и тоа само во случај на поднесување на барање за БПО за второ, трето или четврто дете



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

11. Задолжителна медицинска документација во оригинал по следниов распоред:

За жената:

1. Ултразвучен преглед со 2D на овариуми и 3D за утврдување на морфологија на утерусот, не постар од 6 месеци;
2. Зависно од изведената метода за иследување на плодност на тубите и кавумот на утерусот извештај од извршени: ХСГ (хистеросалпингографија), ХСЦ (хистероскопија), ЛПСЦ (лапароскопија) или лапаротомија;
3. Анализа на хормонски статус од 3-5 ден на менструалниот циклус: FSH, LH, PRL, E2, TSH, не постари од 6 месеци;
4. PАП тест (не постар од 1 година);
5. Микробиолошки брисеви од вагина и цервикс, брис за Chlamidia trachomatis, брис за Mycoplasma/Ureaplasma, не постари од 6 месеци;
6. Крвна слика, гликемија, седиментација, не постари од 6 месеци;
7. Серолошки анализи за Hepatit B i C, HIV не постари од 1 година.
8. Отпусни писма и лекарски извештаи од претходни операции и здравствени состојби кај жената (доколку има).

За мажот:

9. Најмалку 2 спермограми изработени во две различни институции овластени од Министерството за здравство, со растојание од најмалку 3 месеци, а последниот не постар од 6 месеци;
10. Извештаи од направени 4 ИУИ од овластена здравствена установа од Министерството за здравство, со растојание од најмалку 2 месеци помеѓу инсеминациите, со исклучок на паровите каде постојат апсолутни индикации за лекување со БПО или возраст на женскиот партнер над 38 години;
11. Патохистолошки наод од биопсија на тестиси при состојба на азоспермија, освен кога постои медицинска индикација дека биопсија не може да се изведе (потврдена од лекар специјалист уролог);
12. Серолошки анализи за Hepatit B i C, HIV не постари од 1 година;
13. Отпусни писма и лекарски извештаи од претходни операции и здравствени состојби кај мажот;

12. Дополнителна документација за остварување на право на БПО за деловни жени потребно е потврда од надлежен суд за деловна способност и родителско право

- Потврда за неосудуваност
- Потврда за способност за родителска грижа

13. Дополнителна документација за остварување на право на БПО со криопрезервиран материјал

- Потврда за криопрезервиран материјал не постара од 1 година

14. Документација за остварување на право на БПО со гестациски носител

- Известување за исполнување на услови за поднесување на барање за поведување на постапка за БПО со гестациски носител, издадено од Министерството за здравство;
- Одлука на Здравствената комисија при Министерството за здравство за здравствената состојба на гестацискиот носител.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Датум

Име, презиме и потпис на барателот