Фонд за здравствено осигурување на Република Северна

Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Македонија

Адреса: Ул. Македонија, бр. 5, 1000 Скопје

Adresa: Rr. Maqedonia, nr. 5, 1000 Shkup

 Тел/Tel: 02/3289-000

Факс/Faks: 02/3289-048

e-mail: info@fzo.org.mk

www.fzo.org.mk

**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**

**Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**ПЗУ**

**Бр.**

**Образец 2- Предлог за БПО**

 **Датум**

П Р Е Д Л О Г

За остварување на правото за биомедицинско потпомогнато оплодување (БПО)

За осигуреното лице

со ЕМБГ

со дијагноза

се доставуваат сите претходно извршени прегледи и анализи, потребни за вклучување во постапката за БПО и тоа на:

 - брачен пар /вонбрачен пар, - деловна жена - брачен пар со гестациски носител

 **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 проодност 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. PAP 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:**

* 1. 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;
	2. Извештаи од направени 4 ИУИ од овластена здравствена установа од Министерството за здравствово, 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;
	3. 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);
	4. Серолошки анализи за Hepatit B i C, HIV не постари од 1 година;
	5. Отпусни писма и лекарски извештаи од претходни операции и здравствени состојби кај мажот;

**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.

**Дополнителна документација за остварување на право на БПО со криопрезервиран материјал**

* Потврда за криопрезервиран материјал не постара од 1 година

 **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.

# Избраниот лекар – гинеколог, од приложената документација, потврдува дека кај осигуреното лице постојат медицински индикации согласно Правилникот за критериумите за склучување договори и постапка за остварување на правото и начинот на плаќање на здравствените услуги за биомедицинско потпомогнато оплодување во здравствените установи кои вршат специјалистичко-консултативна здравствена заштита и предлага започнување на БПО постапка.

Во прилог на Предлогот се доставува целокупната потребна медицинска документација, **во оригинал со докази за валидност (потпис, печат и факсимил од медицинско лице и здравствена установа) прегледана и подредена како во Предлогот.**

#  Избран лекар – гинеколог

#  МП

**-------------------------------------**