



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ
РАДА МІНІСТРІВ
ВЕЗИРЛЕР ШУРАСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

От 13.03.2015 г. № 210
г. Симферополь

**Об утверждении
комиссии Министерства здравоохранения
Республики Крым по определению
показаний для искусственного прерывания
беременности**

Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03 декабря 2007 г. N 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить состав Комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (Приложение №1).
2. Утвердить форму заключения и направления комиссии МЗ Республики Крым по определению показаний для искусственного прерывания беременности (Приложение №2, №3).
3. Заседания комиссии проводить еженедельно каждый четверг, в ОП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», по адресу г. Симферополь, ул. Семашко, 8.
3. Признать утратившим силу приказ МЗ АР Крым от 20.03.2013 г. № 102 «Об утверждении состава комиссии МЗ АР Крым по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель».
4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника управления – заведующего отделом организации оказания педиатрической и акушерско-гинекологической помощи МЗ РК Текученко Т.Д.

Министр

А.А. Могилевский

**Состав комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым
по определению показаний к искусственному прерыванию беременности
в сроке от 12 до 22 недель**

Председатель комиссии - **Регушевский С.Е.**, главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Акушерство и гинекологии», к.м.н.

Члены комиссии:

1. Семенихина Л.И. - главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Терапия»;
2. Горда М.В. - главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Медицинская генетика и пренатальная диагностика»;
3. Кострицова О.Н. – главный внештатный специалист МЗ РК по специальности «Ультразвуковая пренатальная диагностика»;
4. Садовая Е.В. – заведующая консультативно-диагностической поликлиникой ОП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»;
5. Гордейчик А.Е. – заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»;
6. Лубенникова М.В.- заведующая отделением патологии беременных ОП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Секретарь комиссии: Гришко Н.В., врач акушер-гинеколог консультативно-диагностической поликлиники ОП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Наименование учреждения и место расположения (полный почтовый
адрес), где заполняется форма

Направление
на госпитализацию беременной женщины для проведения операции (процедуры) искусственного
прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель

« _____ » _____ 20____ года
(Дата заполнения)

Наименование учреждения, куда направляется

беременная _____
(Наименование лечебного учреждения)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Место проживания _____

4. Паспорт или другой документ, удостоверяющий

личность _____
(Название документа)

Серия _____ № _____ Выданный « _____ » _____

(Дата)

5. Диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель (указать
срок беременности, диагноз заболевания, форма, стадия, степень, примечания)

6. Результат и дата обследования:

« _____ » _____ 20____ года.

Председатель комиссии _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

Секретарь _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

Приложение №3

к приказу МЗ Республики Крым
от 13.03.2015 г. №210

Наименование учреждения и место расположения (полный почтовый
адрес), где заполняется форма

ЗАКЛЮЧЕНИЕ № _____

**комиссии Министерства здравоохранения Республики Крым по определению показаний для
проведения операции (процедуры) искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22
недель**

« _____ » _____ 20 ____ года

(место расположения учреждения охраны здоровья, выдавшее заключение)

(Наименование лечебного учреждения)

1. Фамилия, имя, отчество _____ -

2. Возраст _____ 3. Место проживания _____

4. Заключительный клинический диагноз _____

(срок беременности диагноз заболевания, форма, стадия, степень примечания)

5. Показания и основания для проведения операции прерывания беременности _____

Председатель комиссии _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

Секретарь _____