

Regulamentul
cu privire la modul de organizare a prestării serviciilor de reproducere umană
asistată medical în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

I. Dispoziții generale

1. Regulamentul cu privire la modul de organizare a prestării serviciilor de Fertilizare in vitro este elaborat în baza Legii ocrotirii sănătății nr.411 din 28 martie 1995, cu modificările și completările ulterioare, Legii nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, cu modificările și completările ulterioare, Legii nr.138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii, cu modificările ulterioare, Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007 "Cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală", cu modificările și completările ulterioare, și are ca scop asigurarea accesului populației la servicii de reproducere umană asistată medical.

2. Prezentul Regulament reglementează modul de organizare a serviciilor de Fertilizare in vitro prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

II. Principii de organizare
a serviciilor de reproducere umană asistată medical

3. Componenta nominală a Comisiei de evaluare a cuplurilor asigurate (în continuare Comisia) se aprobă prin ordinul Ministrului Sănătății.

4. Comisia își desfășoară activitatea în cadrul Institutului Mamei și Copilului, în incinta Centrului de sănătate a reproducerii și genetică medicală, etaj I, sala de ședințe, telefon 022 567931, adresa: mun.Chișinău, str.Burebista 93.

5. Comisia se întrunește odată la 2 săptămâni, în a doua și patra joi a lunii, 13.00.

6. Comisia are următoarele atribuții:

- 1) evaluează dosarele cuplurilor asigurate, în baza trimiterii la Comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, *conform anexei nr.1 la prezentul Regulament*, eliberată de medicul obstetrician ginecolog, conform prevederilor Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10 decembrie 2007 și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medical, aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și Cămpaniei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 596/404A din 21.07.2016
- 2) întocmește Fișa de evaluare a cuplului, *conform anexei nr.2 la prezentul Regulament*;

- 3) solicită cuplului, la necesitate efectuarea suplimentară a investigațiilor clinice și paraclinice pentru stabilirea concluziei medicale și luarea deciziei;
- 4) informează cuplul privind instituțiile medicale prestatoare de servicii de reproducere umană asistată medical și solicită cuplului să selecteze la dorință una din instituțiile prestatoare pentru efectuarea procedurii de fertilizare în vitro. Instituția selectată este înscrisă în Fișa de evaluare a cuplului. Fișa de evaluare a cuplului este semnată de cuplu.
- 5) prezintă instituțiilor medicale prestatoare de servicii lista cuplurilor care au selectat instituția pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro, conform cazurilor contractate pentru anul respectiv;
- 6) prezintă trimestrial către data de 5 a lunii următoare Centrului Național de Management în Sănătate lista nominală actualizată a cuplurilor pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro, însoțite de copiile Fișelor de evaluare a cuplurilor noi incluse;
- 7) prezintă trimestrial și anual către data de 5 a lunii următoare Centrului Național de Management în Sănătate Raportul sumar privind prestarea serviciilor Fertilizare în vitro, conform anexei nr.7 la prezentul Regulament, elaborat în baza Rapoartelor privind prestarea serviciilor de fertilizare in vitro, conform anexei nr.6 primite de la instituțiile medicale prestatoare de servicii de reproducere umană asistată;
- 8) informează Centrul Național de Management în Sănătate trimestrial și anual despre situația privind cererile depuse, rezultatele evaluării, procedurile efectuate, rezultatele procedurilor efectuate etc.

7. Secretarul Comisiei are următoarele atribuții:

- 1) recepționează dosarul cuplului;
- 2) verifică statutul de asigurați al cuplului în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală utilizând aplicația Verificarea statutului de asigurat în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală de pe site-ul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (www.cnam.md);
- 3) informează cuplul despre data examinării în Comisie;
- 4) actualizează Lista nominală a cuplurilor pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro, către data de 5 a lunii următoare;
- 5) recepționează trimestrial și la solicitare de la instituțiile medicale prestatoare de servicii de reproducere umană asistată medical Rapoarte privind prestarea serviciilor de fertilizare in vitro, *conform anexei nr.6 la prezentul Regulament*;
- 6) totalizează rapoartele primite de la instituțiile medicale prestatoare de servicii de reproducere umană asistată medical cu întocmirea trimestrială către data de 5 a lunii următoare a Raportului sumar privind prestarea serviciilor Fertilizare in vitro, *conform anexei nr.7 la prezentul Regulament*;

8. Centrul Național de Management în Sănătate are următoarele atribuții:

- 1) Ștampilează și arhivează trimestrial lista nominală actualizată a cuplurilor pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro prezentate de Comisie, conform pct.6, subpct. 6).
- 2) prezintă Ministerului Sănătății anual către data de 10 a lunii următoare sau la solicitare lista nominală actualizată a cuplurilor pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro;
- 3) prezintă Ministerului Sănătății trimestrial și anual către data de 10 a lunii următoare Raportul sumăr privind prestarea serviciilor Fertilizare în vitro, conform anexei nr.7 la prezentul Regulament,;
- 4) prezintă Ministerului Sănătății trimestrial și anual informație privind cererile depuse, rezultatele evaluării, procedurile efectuate, rezultatele procedurilor efectuate etc.
- 5) Evaluează necesitatea populației în servicii de reproducere umană asistată medical și prezintă propuneri Ministerului Sănătății privind volumul serviciilor necesare a fi prestate pentru anul următor pînă la data de 25 septembrie.

9. Ministerul Sănătății prezintă Companiei Naționale de Asigurări în Medicină anual pînă la data de 01 octombrie, necesitățile în servicii de reproducere umană asistată medical pentru următorul an;

10. Cuplul (sau un membru al cuplului) prezintă personal dosarul spre examinare secretarului Comisiei de evaluare a cuplurilor asigurate pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro.

11. Cuplul participă personal la ședința Comisiei.

12. Dosarul cuplului include următoarele:

- 1) Trimiterea la Comisia de evaluare a cuplurilor asigurate, *conform anexei nr.1 la prezentul Regulament*;
- 2) cererea cuplului adresată președintelui Comisiei, *conform anexei nr.3 la prezentul Regulament*;
- 3) acordul informat al cuplului, *conform anexei nr.4 la prezentul Regulament*;
- 4) copiile buletinelor de identitate a cuplului;
- 3) copiile polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală a cuplului;

13. Cuplul este în drept să – și aleagă instituția medicală prestatoare de servicii de reproducere umană asistată medical disponibilă, conform informației prezentate de Comisie, care va fi specificată în Fișa de evaluare a cuplului, semnată de membrii comisiei și de cuplu.

14. Criteriile medicale pentru a beneficia de procedura Fertilizare in vitro:

3) Primare:

- e) Factorul tubar al infertilității, cum ar fi absența trompelor uterine sau obstrucția tubară, în lipsa efectului de la tratamentul laparoscopic repetat;
- f) Factorul endocrin, cum ar fi anovulația și polichistoza ovariană în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani;
- g) Endometrioză documentată în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani;
- h) Infertilitate de altă etiologie, dacă tratamentele convenționale nu au dat rezultat pe parcursul a 5 ani;

4) Complementare:

- e) Uterul fără patologie, cum ar fi anomalii congenitale, sinechii, miom submucos, sau interstițial;
- f) Rezerva ovariană în limitele normale și valorile hormonului antimulerian $> 1,1$ ng/ml;
- g) Indicele masei corporale cu valoarea ≥ 20 și ≤ 25 ;
- h) Lipsa maladiilor extragenitale, *stabilite în anexa nr.5 la prezentul Regulament.*

15. Sunt eligibili pentru a beneficia de 1 (una) procedura Fertilizare in vitro în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală cuplul care va întruni una din criteriile primare și toate criteriile complementare.

16. Instituția medicală prestatoare de servicii Fertilizare in vitro este obligată:

- 1) să fie acreditată și licențiată (pentru prestatorii privați) pentru prestarea serviciilor medicale de fertilizare in vitro;
- 2) să dispună de resurse cu specializare în efectuarea tehnicilor de reproducere umană asistată medical angajate la locul de bază în instituția medicală;
- 3) să utilizeze preparate medicamentoase, medii, materiale și consumabilele înregistrate în Republica Moldova, și să demonstreze, la solicitare, trasabilitatea legalității introducerii pe piață a acestora, certificatul de calitate pentru seria și lotul respectiv, copiile facturilor de achiziții sau a bon fiscal;
- 4) să informeze timp de 30 zile despre data programării cuplului pentru efectuarea procedurii Fertilizare in vitro.
- 5) în cazul neprezentării cuplului, să contacteze cuplul, în vederea determinării cauzei și a datei posibile de efectuare a procedurii pe parcursul aceluiași an calendaristic (reprogramării).
- 6) să prezinte trimestrial, către data de 25 a lunilor martie, iunie, septembrie, decembrie, Rapoarte privind prestarea serviciilor Fertilizare in vitro, *conform anexei nr.6 (Raportul-tip privind prestarea serviciilor de Fertilizare in vitro).*

17. Procedurile de tratament al infertilității se efectuează după consiliere și semnarea acordului informat repetat în cadrul instituției medicale prestatoare de servicii Fertilizare in vitro, *conform anexei nr.3 la prezentul Regulament.*

III. Dispoziții finale

18. Compania Națională de Asigurări în Medicină acoperă procedura de Fertilizare in vitro, fără costul medicamentelor administrate în condiții de ambulator, în conformitate cu Hotărîrea Guvernului nr.1020 din 29.12.2011 "Cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare" cu modificările și completările ulterioare.

**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*)

(<i>de bifat</i>)	Primare	(<i>de bifat</i>)	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 interstițial
	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 antimulerian > 1,1 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:

7. 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 toxoplasmoză	Prezența rezultatului
78 ¹ **	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
137***/	Determinarea TSH prin metoda imunofluorescentă fermentdependentă	În limitele normei
226***/	Determinarea T4 prin metoda chemiluminiscență amplificată enzimatic	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 interstițial
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 laparascopii, soldate cu anexectomii, tubectomii, miomectomii, cu indicarea datei lunii și anului efectuării.		

8. Pentru EI.

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

9. 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 sîngelui 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

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

Ștampila instituției

Fișa – tip de evaluare a cuplului

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*)

(<i>de bifat</i>)	Primare	(<i>de bifat</i>)	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 interstițial
	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 antimulerian > 1,1 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. Instituția medicală solicitată _____
7. Diagnosticul complet _____

8. Concluzia Comisiei _____
 Președintele Comisiei _____
 Secretarul Comisiei _____
 Membrii Comisiei _____

 El _____
 Ea _____

Data/luna/anul.....

**Cererea – tip a cuplului
pentru Fertilizarea in vitro**

Noi, cuplul: Ea _____
Numele, prenumele, patronimicul

Anul nașterii _____ IDNP _____

și El _____
Numele, prenumele, patronimicul

Anul nașterii _____ IDNP _____

Domiciliați _____

Telefon _____

Rugăm prin acord benevol reciproc să se efectueze tratamentul infertilității prin metoda fertilizării in vitro (FIV).

Noi suntem preîntâmpinați, că folosirea metodei poate avea unele complicații (hiperstimulare ovariană, hemoragie, implantarea a 2 și mai mulți embrioni, sarcină extrauterină, avort spontan, naștere prematură, iar copiii concepuți prin metoda fertilizării in vitro (FIV) ca și în reproducerea naturală pot să se nască cu anomalii de dezvoltare.

Declarăm, că datele despre sănătatea noastră sunt veridice.

Suntem informați, că FIV fiind o metodă complexă poate necesita mai multe încercări pentru survenirea sarcinei.

Nouă ni s-a explicat ordinea FIV și responsabilitatea juridică, referitor la copilul născut prin metoda FIV.

Promitem să nu avem pretenții față de personalul medical care efectuează procedura de fertilizare in vitro și transfer al embrionilor și către instituția medicală în caz de apariție a complicațiilor, lipsa efectului fertilizării in vitro și transfer al embrionilor, naștere a copilului cu anomalii de dezvoltare.

Semnăturile: Ea _____

Data _____

El _____

Data _____

la Regulamentul cu privire la prestarea serviciilor de Fertilizare în vitro
din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

**Acordul – tip informat a cuplului
privind efectuarea fertilizării in vitro (FIV)**

Subsemnații (ea) _____ (el) _____

menționăm, că am ales benevol metoda FIV ca metodă de tratament a infertilității. Am fost informați de scopul procedurii și metoda de îndeplinire a procedurii. Ne-au fost explicate complicațiile posibile, sau efectele adverse posibile, care pot surveni în urma efectuării FIV:

În timpul stimulării ovariene: reacții alergice la folosirea medicamentelor de stimulare; stoparea protocolului din cauza lipsei efectului de stimulare; ovulație precoce (până la puncție); formarea chisturilor ovariene; sindrom de hiperstimulare ovariană.

În timpul puncției: hemoragie vaginală și abdominală în urma puncției foliculilor; infecție pelviană după puncția foliculilor; complicații asociate cu anestezia; reacție alergică inclusiv șoc anafilactic; disfuncție respiratorie; complicații ale sistemului cardio-vascular; dureri abdominale.

În laboratorul de embriologie: lipsa oocitelor în lichidul folicular; lipsa fecundării sau fecundare anormală; lipsa dezvoltării embrionilor, sau embrioni de calitate proastă;

În timpul transferului embrionilor: spasm al canalului cervical și transfer dificil; transfer repetat al embrionilor.

În perioada după transfer: sindrom de hiperstimulare ovariană; lipsa sarcinii; sarcină ectopică; sarcină multiplă; avort spontan, sarcină oprită în evoluție, anembrionie; naștere prematură; malformații congenitale.

Am fost informați, despre eficacitatea metodei și că ea poate să fie fără de succes și că pentru obținerea sarcinii poate fi nevoie de recurs la mai multe proceduri FIV. Ni s-a explicat, că eficacitatea procedurii poate fi mai joasă la femeile după 35 ani, cu disfuncție endocrină (polichistoză ovariană), endometrioză, hidrosalpinx, patologie uterină (anomalie, miom uterin, sînechii), patospermie.

Suntem preîntâmpinați că copii născuți prin metoda de FIV pot avea dereglări de dezvoltare, tot atât de frecvent, ca și în reproducerea naturală.

Sîntem conștienți de beneficiile, cât și riscurile posibile și acceptăm fără a cere asigurări suplimentare.

Am luat la cunoștință, că pe parcursul acestui proces, va fi asigurată confidențialitatea deplină asupra datelor mele personale și medicale, eventuala prelucrare a acestora făcându-se în mod anonim.

Am înțeles pe deplin informațiile prezentate și autorizez medicul să execute FIV.

Confirmăm că textul l-am citit integral sub ce ne semnăm.

Cuplul (El) _____ Data _____
(Ea) _____ Data _____

Lista maladiilor extragenitale

Nr. d/o	Denumirea maladiei	Forma, faza și gradul maladiei
1.	Tuberculoza	
2.	Infecțiile cu transmitere sexuală	
3.	Hepatitele virale	Forme grave
4.	Rubeola	Primele 3 luni după boală
5.	Infecția cu virusul de imuno-deficiență umană	
6.	Boala cu cytomegalovirus	
7.	Tumori maligne	Orice formă și localizare.
8.	Aplazii medulare	
9.	Anomalia de coagulare, purpura și alte afecțiuni hemoragice	
10.	Sindromul insuficienței tiroide congenitale	Decompensat.
11.	Tireotoxicoza (hipertiroidia)	Forme medii și severe.
12.	Diabetul zaharat insulino-dependent	
13.	Hipo/Hiperparatiroidia și alte boli ale glandei paratiroide	
14.	Tulburări ale glandei suprarenale	
15.	Fenilcetonurie clasică	
16.	Amiloidoza	Faza activă
17.	Alcoolism	
18.	Narcomania	
19.	Meningită	
20.	Encefalita, mielita și encefalo-mielită	
21.	Cysticercоза	Toate formele
22.	Atrofii primare sistemice afectând în special sistemul nervos central.	
23.	Coreea Kuntington	
24.	Ataxia ereditară	
25.	Amiotrofia spinală și sindroame înrudite.	
26.	Afecțiuni degenerative sistemice afectând în principal sistemul nervos central în cursul unor afecțiuni clasate la alte locuri	
27.	Sindroame extrapiramidale și tulburări ale motricității	
28.	Boala Parkinson	
29.	Sindrom Parkinson secundar	
30.	Alte boli degenerative ale nucleelor centrale cenușii.	
31.	Alte afecțiuni degenerative ale sistemului nervos.	
32.	Boli dimielinizante ale sistemului nervos central	
33.	Afecțiuni episodice și paroxistice	
34.	Epilepsia	
35.	Polinevrite și alte afecțiuni ale sistemului nervos.	
36.	Neuropatia ereditară și idiopatică	
37.	Afecțiuni musculare și neuromusculare	
38.	Paralizii cerebrale și alte sindroame paralitice	
39.	Afecțiuni ale scleroticei, corneei, irisului și corpilor ciliari	Forme severe.
40.	Cheratita	Forme severe
41.	Cicatrice și opacități corneene	
42.	Afecțiuni ale choroidei și ale retinei	
43.	Chorioretinita	

44.	Dezlipirea și ruptura retinei	
45.	Glaucomul	Orice fază
46.	Afecțiuni ale nervului și căilor optice	
47.	Nevrita optică	
48.	Alte afecțiuni ale nervului și căilor optice	
49.	Tulburări de vedere și cecitate	La ambii ochi $\leq 0,05$
50.	Afecțiunile funcției vestibulare	
51.	Cardiopatia reumatismală cronică	
52.	Bolile reumatismale	
53.	Boala hipertensivă	Stadia II-III
54.	Boala ischemică a inimii	
55.	Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare	
56.	Alte forme de cardiopatii	
57.	Pericardita acută	
58.	Miocardita acută	
59.	Miocardita în bolile clasate la alte locuri	
60.	Bloc atrio-ventricular și al ramurii stângi a fascicolului	
61.	Alte tulburări de conducere	
62.	Tahicardia paroxistică	
63.	Fibrilație atrială, flutter	
64.	Insuficiența cardiacă	
65.	Anevrismul și disecția aortic	
66.	Embolia și tromboza arterial	
67.	Astmul	
68.	Bronșectazia	
69.	Sindrom de suferință respiratorie la adulți	
70.	Insuficiență respiratorie, clasată la alte locuri	
71.	Ulcerul gastric	Cu stenoză și hemoragie
72.	Hernia abdominală	Cu diastaza peretelui abdominal
73.	Hernia diafragmei	
74.	Colita ulcerasă	
75.	Boala alcoolică a ficatului	
76.	Boala toxică a ficatului	
77.	Insuficiența hepatică	
78.	Fibroza și ciroza ficatului	
79.	Pemphigus	
80.	Pemphigoid	
81.	Poliartropatii inflamatorii	
82.	Artrita reumatică seropozitivă	
83.	Afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv	
84.	Spondilartrita anchilozantă	
85.	Glomerulopatiile	
86.	Bolile renale tubulo-interstițiale	
87.	Insuficiența renală	
88.	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale	
89.	Bolile ereditare	

Anexa nr.6
la Regulamentul cu privire la prestarea serviciilor de Fertilizare in vitro
din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

Raportul-tip
privind prestarea serviciilor Fertilizare in vitro din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

Instituția medicală

denumirea instituției medico-sanitare

Perioada de raportare

data, luna, anul

Lista nominală a cuplurilor, care au beneficiat de Fertilizare in vitro

N/o	Numele, prenumele (se înscriu sub un număr cuplul integral)	Data, luna, anul nașterii	Domiciliu	Telefonul	Numărul de identitate (IDNP)	Nr. poliței de asigurare	Data, luna anul efectuării procedurii	Rezultatele fertilizării în vitro

Raportul-sumar

[illegible]