

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 31 июля 2020 г. № 803н

Индивидуальная карта донора ооцитов

Анкета донора ооцитов¹

Код анонимного донора

Дата заполнения " ____ " _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Национальность _____

Расовая принадлежность _____

Паспортные данные _____

Фактический адрес проживания _____

Контактный телефон _____

Образование _____ Профессия _____

Подвергается ли воздействию вредных и/или опасных производственных факторов (да/нет) Если да, какие? _____

Семейное положение (не замужем/замужем/разведена)

Наличие детей (есть/нет). Возраст последнего ребенка _____ лет

Наследственные заболевания в семье (есть/нет), какие _____

Вредные привычки:

Курение (да/нет)

Употребление алкоголя (с частотой _____ /не употребляю)

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без назначения врача (никогда не употреблял/с частотой _____ /регулярно)

Сифилис, гонорея, гепатит (не болел/болел)

Имели ли Вы когда-нибудь положительный или неопределенный ответ при обследовании на ВИЧ, вирус гепатита В или С? (да/нет)

Находится/не находится под диспансерным наблюдением в кожно-венерологическом диспансере / психоневрологическом диспансере / наркологическом диспансере _____

Фенотипические признаки

Рост _____ Вес _____

Волосы (прямые/вьющиеся/кудрявые)

Цвет волос _____

Глаза (большие/средние/маленькие)

Разрез глаз (европейский/азиатский)

Цвет глаз (голубые/зеленые/серые/карие/черные)

Лицо (круглое/овальное/узкое)

Нос (большой/средний/маленький)

Форма носа (прямой/с горбинкой/курносый/широкий)

Лоб (высокий/низкий/обычный)

Наличие стигм _____

Телосложение (нормостеник/астеник/гиперстеник)

Размер одежды _____ обуви _____ бюстгалтера _____

Карта обследования донора ооцитов

Код анонимного донора

Ф.И.О. _____

Группа крови и Rh-фактор: _____ (_____) Rh (_____)

Вид обследования

Дата Заключение специалиста / результат

Результаты медико-генетического обследования
(заключение врача-генетика)

Противопоказаний к
донорству ооцитов нет

Заключение врача-психиатра

Диспансерное наблюдение в
психоневрологическом
диспансере не установлено

Заключение врача-психиатра-нарколога

Диспансерное наблюдение в
наркологическом диспансере
не установлено

Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта

Противопоказаний к
донорству ооцитов нет

Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога

Противопоказаний к
донорству ооцитов нет

Электрокардиограмма

Флюорография легких

Ультразвуковое исследование матки и придатков

Ультразвуковое исследование молочных желез

Цитогенетическое исследование (кариотип)

Определение основных групп по системе АВ0 и антигена
D системы Резус (резус-фактор)

Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema
pallidum*) в крови

Определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к
вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови

Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg)
вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови или
определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В
(*Hepatitis B virus*) в крови

Определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV
IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (*Hepatitis C virus*)
в крови

Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу
иммунодефицита человека-1/2 и антигена p24 (*Human
immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24*) в крови

Общий (клинический) анализ крови

Анализ крови биохимический общетерапевтический

Коагулограмма (ориентировочное исследование системы
гемостаза)

Анализ мочи общий (клинический)

Микроскопическое исследование влагалищных мазков

Цитологическое исследование микропрепарата шейки
матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального
канала)

Молекулярно-биологическое исследование отделяемого
слизистых оболочек женских половых органов на

возбудителей инфекций, передаваемых половым путем
(Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia
trachomatis, Mycoplasma genitalium)

Исследование уровня фолликулостимулирующего
гормона в сыворотке крови на 2-5 день менструального
цикла

Исследование уровня антимюллера гормона в крови

Чем болела за последние 2 месяца _____

Заключение врача: _____

Врач _____

Ф.И.О.

подпись

Дата: _____

¹ В случае анонимного донорства графы "ФИО", "дата рождения" (за исключением года), "паспортные данные", "фактический адрес проживания", "контактный телефон" не заполняются.