



MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'UKRAINE

ORDRE

du 09.09.2013 № 787

Enregistré au Ministère de la Justice
de l'Ukraine le 2 octobre 2013
Nr. 1697/24229

Sur l'approbation de la procédure d'utilisation des technologies de procréation assistée en Ukraine {Avec modifications apportées conformément à l'Ordre du Ministère de la Santé № 165 du 6 mars 2014}

Conformément à la septième partie de l'article 281 du Code civil de l'Ukraine, à l'article 123 du Code de la famille de l'Ukraine, sous-paragraphe 6.21 du sous-paragraphe 6 du paragraphe 4 du règlement du Ministère de la Santé de l'Ukraine, approuvé par le décret présidentiel du 13 avril 2011 № 467, pour améliorer les soins médicaux du traitement de l'infertilité avec l'utilisation de technologies de procréation assistée J'ORDONNE:

1. D'approuver la Procédure d'application des technologies de procréation assistée en Ukraine, qui est jointe.
2. Au Ministre de la santé de la République autonome de Crimée, aux chefs des divisions structurelles concernant les soins de santé des administrations régionales, de Kiev et de Sébastopol, de porter cet ordre à la connaissance des établissements de santé subordonnés et d'exercer un contrôle sur sa mise en œuvre.
3. L'ordre du ministère de la Santé de l'Ukraine du 23 décembre 2008 № 771 «Sur l'approbation de l'Instruction sur la procédure d'utilisation des techniques de procréation assistée», enregistrée auprès du Ministère de la Justice de l'Ukraine le 20 mars 2009 sous le numéro № 263/16279, est abrogé.
4. Pour le Département des réformes et du développement des soins médicaux (M. Hobzey) assurer la soumission de cet ordre pour l'enregistrement par l'État au Ministère de la justice de l'Ukraine de la manière prescrite par la loi.
5. Le présent ordre entre en vigueur le jour de sa publication officielle.
6. Le contrôle de l'exécution du présent ordre est confié au sous-ministre A. Tolstanov.

Ministre
APPROUVÉE:

R. Bogatiryova

Premier chef adjoint d'Organe commun
représentatif du parti des employeurs
au niveau national

O. Miroshnichenko

Directeur de la direction exécutive
Caisse d'assurance sociale
des accidents du travail
et maladies professionnelles de l'Ukraine

V.G. Akopian

Premier Vice-Président de l'Organe

Général Représentatif des Syndicats

G.V. Osovyi

Ukrainiens et des Associations Syndicales

Directeur adjoint de la Direction
exécutive de Caisse d'assurance
sociale d'invalidité temporaire

T.G. Gaiduk

Président de l'Académie nationale
des sciences médicales de l'Ukraine

A.M. Serduk

APPROUVÉ

Ordre du Ministère de la santé de l'Ukraine de
09.09.2013 № 787

Enregistré au Ministère de la justice de
l'Ukraine le 2 octobre 2013

sous № 1697/24229

ORDRE

D'APPLICATION DES TECHNOLOGIES DE PROCRÉATION ASSISTÉE EN UKRAINE

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Cet ordre régleme les relations entre les patients (femmes, hommes) et les établissements de santé qui garantissent l'utilisation des techniques de procréation médicalement assistée (ci-après - ES), et détermine le mécanisme et les conditions d'application des technologies de procréation assistée.

1.2. Dans cet ordre, les termes sont utilisés dans les sens suivants:

les techniques de procréation médicalement assistée (ci-après - PMA) - méthodes de traitement de l'infertilité, dans lesquelles les manipulations avec des cellules reproductrices, certaines ou toutes les étapes de préparation des cellules reproductrices, la fécondation et le développement des embryons avant leur transfert dans l'utérus de la patiente sont effectuées in vitro;

in vitro - une technique pour effectuer une expérience ou une autre manipulation dans un récipient de laboratoire spécial ou dans un environnement contrôlé en dehors d'un organisme vivant.

Des autres termes sont utilisés dans le sens donné dans les Principes fondamentaux de la législation ukrainienne sur les soins de santé et les réglementations dans le domaine des soins de santé.

1.3. Les technologies de procréation assistée doivent être utilisées dans les établissements de soins de santé qui ont une licence pour mettre en œuvre des activités économiques dans la pratique médicale, l'équipement et les installations appropriés conformément à l'annexe 1 du présent ordre.

Des certificats d'accréditation sont également requis pour les établissements de santé qui opèrent dans la pratique médicale depuis plus de deux ans.

{Paragraphe 1.4 de la section I telle que modifiée par l'Ordre du ministère de la santé № 165 du 06.03.2014}

1.4. Les patients ont le droit de choisir un ES pour la PMA.

1.5. Les procédures de PMA sont effectuées dans les ES qui ont du personnel médical conformément à la liste du personnel approuvée par le ES.

1.6. Les femmes et / ou les hommes adultes sont admissibles à un traitement médical pour la PMA.

1.7. L'application des méthodes de PMA est résolu par la déclaration du patient / les patients sur l'utilisation des technologies de reproduction assistée sous la forme donnée à l'annexe 2 du présent ordre (ci-après - la déclaration du patient sur l'utilisation des technologies de reproduction assistée), l'examen médical et le dépistage.

1.8. Les données de l'examen médical et du dépistage des patients sont saisies sous forme de documentation comptable primaire № 025 / o "Carte médicale d'un patient ambulatoire № ", approuvée par l'Ordre du Ministère de la Santé de l'Ukraine du 14 février 2012 № 110, enregistré au Ministère de la Justice de l'Ukraine le 28 avril 2012 sous № 661/20974.

1.9. En l'absence de contre-indications aux programmes de PMA, les patients sont référés pour un traitement en ES en présence des résultats de l'examen. Les patients peuvent demander un traitement par la PMA directement, sans référence médicale.

- 1.10. Après la PMA, les patients qui travaillent reçoivent un certificat d'incapacité de travail conformément à l'Instruction sur la procédure de délivrance des documents attestant de l'incapacité temporaire de travail, approuvée par l'Ordre du Ministère de la Santé de l'Ukraine du 13 novembre 2001 № 455, enregistrée au Ministère de la Justice de l'Ukraine le 4 décembre 2001 sous le № 1005 / 6196.
- 1.11. L'observation dispensaire d'une patiente qui a subi une PMA est effectuée conformément à l'Ordre du Ministère de la Santé de l'Ukraine du 15 juillet 2011 № 417 "Sur l'organisation des soins obstétriques et gynécologiques ambulatoires en Ukraine."
- 1.12. L'exécution de chaque programme de PMA est effectuée avec une surveillance clinique obligatoire et un contrôle de l'état général du patient. En cas de violation du régime de traitement par les patients, la poursuite des soins médicaux selon les méthodes de PMA est interrompue par une décision motivée du médecin.
- 1.13. Les soins médicaux selon les méthodes de PMA sont fournis dans des conditions de confidentialité conformément à l'article 40 de principes fondamentaux de la législation ukrainienne sur les soins de santé.
- 1.14. Le personnel médical qui dispense des soins médicaux aux patients utilisant des méthodes de PMA les informe de l'inefficacité possible des tentatives de PMA (non-réussite de la grossesse) et de la survenue possible de complications de la manière prescrite par les sections III, IV du présent ordre.
- 1.15. La collecte et le traitement des données personnelles sont effectués conformément aux exigences de la loi ukrainienne "Sur l'information" et de la loi ukrainienne "Sur la protection des données personnelles".

2. COMPLEXE D'EXAMEN DES PERSONNES POUR LESQUELLES DES PROGRAMMES DE PMA SONT EFFECTUÉS

2.1. Complexe d'examen de la femme:

1) obligatoire:

- conclusion du généraliste sur l'état de santé somatique et l'absence de contre-indications à la grossesse;
- détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus (lors de l'inscription dans le passeport d'une femme valable toute la vie);
- test sanguin clinique;
- coagulogramme;
- tests sanguins pour la syphilis, le VIH, l'hépatite B et C (valables 3 mois);
- tests sanguins (IgM, IgG) pour la toxoplasmose, la chlamydia, le cytomégalovirus et la rubéole;
- analyse bactérioscopique des sécrétions en trois points (vagin, urètre et canal cervical);
- examen cytologique des frottis cervicaux;
- examen gynécologique général;
- examen échographique des organes pelviens;
- test sanguin pour l'hormone antimullérienne (AMG), la prolactine (PRL), la follitropine (FSH), la lutropine (LH), la progestérone (P), l'estradiol (E2);

2) selon les indications (supplémentaires) :

- examen de l'utérus et des trompes de Fallope (hystérosalpingographie, sonosalpingoscopie, laparoscopie, hystéroscopie,);
- colposcopie;
- biopsie de l'endomètre;
- examen bactériologique du matériel de l'urètre et du canal cervical;
- test sanguin pour la testostérone (T), le cortisol (K), la thyroxine (T3), la triiodothyronine (T4), la thyrotropine (TSH), la somatotropine (STG);
- détermination de la glycémie;
- examen de la présence d'anticorps anti-spermatozoïdes et antiphospholipides;
- examen de la présence d'anticorps dirigés contre la thyroglobuline et d'anticorps dirigés contre la thyroperoxydase, anticorps antimicrosomaux;
- examen des signes du syndrome des antiphospholipides et d'autres troubles du système immunitaire;
- examen des infections urogénitales et TORCH;
- conclusions d'autres spécialistes selon les indications (déterminées par le médecin);
- caryotypage, consultation médicale et génétique, autres recherches en génétique moléculaire;
- fluorographie;
- échographie des organes internes, de la glande thyroïde;
- échographie mammaire pour les femmes de moins de 40 ans et mammographie pour les femmes de plus de 40 ans;
- test sanguin biochimique: tests rénaux, tests hépatiques, bilirubine totale, fractions protéiques, glucose.

À la détection des maladies en présence des indications à la PMA, le traitement de la pathologie révélée est effectué.

2.2. Complexe de l'examen de l'homme:

1) obligatoire:

- détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus (une fois inscrit dans le passeport de l'homme valables toute la vie);
- tests sanguins pour la syphilis, le VIH, l'hépatite B et C (valables 3 mois);
- spermogramme ;
- fluorographie;

2) selon les indications:

- consultation d'andrologue;
- caryotypage, consultation médicale et génétique et autres recherches en génétique moléculaire;
- examen des infections du complexe TORCH;
- test sanguin pour la follitropine (FSH), la lutropine (LH), la testostérone (T), la prolactine (PRL), la thyroxine (T3), la triiodothyronine (T4), la thyrotropine (TSH);
- fragmentation de l'ADN;
- MAR-test.

3. TECHNIQUES DE TRAITEMENT DE PMA

3.1. Indications pour la fécondation in vitro (ci-après - FIV):

1) infertilité féminine:

- absence de trompes de Fallope;
- obstruction des trompes de Fallope;
- adhérences intensives des organes pelviens;
- croissance et ovulation folliculaires altérées;
- syndrome de lutéinisation folliculaire;
- endométriose;
- tentatives infructueuses répétées d'insémination intrautérine;
- tentatives infructueuses répétées de stimuler la folliculogénèse;
- infertilité associée à l'âge (après 36 ans) et insuffisance ovarienne prématurée;
- l'infertilité qui ne peut pas être traitée par d'autres méthodes;

2) l'infertilité masculine:

- infertilité d'origine inconnue;
- les maladies qui nécessitent un diagnostic génétique préimplantatoire (ci-après - DPI) pour exclure la possibilité de donner naissance à un enfant avec une pathologie héréditaire;
- azoospermie obstructive;
- asthénozoospermie;
- oligozoospermie;
- oligoasténoteratozoospermie;
- dysérection;
- anéjaculation;
- éjaculation rétrograde;
- défauts anatomiques du pénis (hypospadias, épispadias);
- facteurs immunologiques (auto-anticorps et agglutination des spermatozoïdes).

3.2. Contre-indications pour la FIV:

- maladies somatiques et mentales qui sont des contre-indications pour la grossesse et l'accouchement;
- longueur corporelle de l'utérus est inférieure à 35 mm;
- maladies inflammatoires aiguës de toute localisation au début du programme de traitement de PMA;
- malformations congénitales ou déformations acquises de la cavité utérine, qui ne permettent pas l'implantation du ou des embryons et la grossesse;
- tumeurs utérines bénignes qui déforment la cavité utérine et (ou) nécessitent un traitement chirurgical;
- tumeurs malignes de toute localisation (il est permis d'obtenir des gamètes afin de préserver le potentiel reproductif).

3.3. Étapes de la FIV:

- sélection et examen des patients;
- stimulation ovarienne contrôlée (induction de la superovulation);
- surveillance de la folliculogenèse et du développement de l'endomètre;
- aspiration transvaginale des follicules ovariens, recherche d'ovocytes;
- préparation du sperme;
- l'insémination des ovocytes et la culture d'embryons in vitro;
- transfert d'embryons - transfert d'embryons dans la cavité utérine;
- soutien de la phase lutéale du cycle menstruel stimulé;
- diagnostic de grossesse.

La FIV est également possible dans le cycle menstruel naturel sans utilisation d'inducteurs d'ovulation.

3.4. Stimulation ovarienne contrôlée (ci-après - SOC):

- 1) la procédure de la FIV peut être effectuée en utilisant la SOC. Seuls les médicaments enregistrés sur le territoire de l'Ukraine conformément à la procédure établie par la loi peuvent être utilisés pour la stimulation ovarienne contrôlée. Le choix du schéma de stimulation, des médicaments, de la correction de leurs doses est effectué par le médecin en tenant compte des instructions d'utilisation des médicaments, des caractéristiques individuelles de la patiente, des résultats de l'inspection clinique et ultrasonique, du suivi;
- 2) groupes de médicaments pouvant être utilisés dans les protocoles de la SOC: gonadotrophines (gonadotrophine ménopausique humaine - MGL, hormone folliculo-stimulante - FSH, FSH recombinante - rFSG; hormone lutéinisante recombinante - rLG-HGH, chorio hormone de libération de gonadotrophine (ci-après - a-GnRH), antagonistes de l'hormone de libération de gonadotrophine (ci-après - ant-GnRH), modulateurs sélectifs des récepteurs des œstrogènes (ci-après - SMRE) - citrate de clomiphène, inhibiteurs d'arôme non stéroïdiens.

3.5. Aspiration transvaginale des follicules pour obtenir des ovocytes:

- 1) l'aspiration transvaginale des follicules ovariens et l'aspiration du liquide folliculaire pour obtenir les ovocytes sont effectuées après 35 à 36 heures à partir du moment de l'introduction du trigger d'ovulation;
- 2) la procédure est réalisée en ambulatoire dans des conditions aseptiques d'une manipulation spécialisée ou d'une petite salle d'opération sous contrôle ultrasonique à l'aide d'aiguilles de ponction spéciales;
- 3) s'il est impossible d'effectuer une aspiration transvaginale (localisation atypique des ovaires), des ovocytes peuvent être obtenus par laparoscopie. Après la procédure, la patiente reste sous la supervision du personnel médical pendant au moins deux heures pour surveiller l'état de santé général.

3.6. Obtention et enregistrement du sperme pour la FIV:

- le sperme d'un homme ou d'un donneur préparé selon la technologie appropriée est utilisé pour la FIV;
- en cas d'utilisation du sperme d'un homme avant de le donner, il est recommandé de s'abstenir de rapports sexuels pendant 3 à 5 jours;
- le récipient stérile pour recueillir l'éjaculat est marqué;
- le don du sperme est effectuée dans une chambre séparée;
- le sperme obtenu du patient est utilisé pour la FIV avec une note sur ses indicateurs dans le protocole de culture d'embryons selon le formulaire donné en annexe 3 du présent ordre.

3.7. Insémination d'ovocytes et culture d'embryons in vitro:

- le liquide folliculaire obtenu par ponction des follicules est transféré dans une boîte de Petri. Dans le cas de l'obtention d'ovocytes immatures, on peut effectuer une méthode de maturation des ovocytes in vitro (ci-après - MIV);
- l'aspirat est examiné sous un stéréomicroscope avec un grossissement de 10 à 50 fois, les ovocytes sont trouvés et transférés dans des milieux nutritifs spéciaux. Une boîte de Pétri contenant des ovocytes dans un milieu nutritif est transférée pour la culture dans un incubateur à une température de 37 ° C et une concentration de 5 à 6% de dioxyde de carbone dans un milieu gazeux; il est possible d'effectuer la culture en utilisant un système à trois gaz (oxygène, azote, dioxyde de carbone);
- les spermatozoïdes vivants et cryoconservés sont lavés du plasma séminal avant utilisation et la fraction de spermatozoïdes morphologiquement normaux et activement mobiles est séparée. Vous pouvez utiliser les techniques de centrifugation-flottation ou de centrifugation dans un gradient de densité;
- l'insémination des ovocytes est réalisée après 2 à 6 heures de préincubation, et la présence de fécondation des ovocytes est généralement évaluée à l'aide d'un microscope inversé après 16 à 18 heures, lorsque les pronucléus masculins et féminins sont clairement visualisés;
- les zygotes sont transférés dans un milieu de culture frais, où a lieu le développement initial d'embryons, ou cryoconservés.

3.8. Transfert d'embryons (ET):

- le transfert d'embryon dans la cavité utérine peut être effectué à différents stades, à partir du stade zygote et se terminant par le stade blastocyste, qui se forme chez une femme le 5-6e jour après la fécondation;
- il est recommandé de ne pas transférer plus de 1 à 2 embryons dans la cavité utérine. Cependant, avec la probabilité réduite prévue d'implantation, il est possible de transférer un plus grand nombre d'embryons - 3 (avec justification clinique et avec le consentement du patient). Il peut y avoir ET d'un embryon sélectif (avec le consentement du patient) et la cryoconservation des embryons restants pour une utilisation dans les cycles suivants;
- des cathéters élastiques spéciaux sont utilisés pour l'ET, qui sont insérés dans la cavité utérine par le canal cervical;
- il est possible d'effectuer ET sous le contrôle de l'échographie.

3.9. Soutien de la phase lutéale du cycle menstruel stimulé:

- le soutien de la phase lutéale du cycle menstruel stimulé est assuré par le médicament progestérone ou ses analogues, le médicament a-GnRH;
- en l'absence de risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (ci-après - SHO), le soutien de la phase lutéale du cycle peut également inclure l'introduction de médicaments HCG, qui sont prescrits le jour du transfert d'embryon, puis 2 à 4 fois avec un intervalle de 2 à 4 jours;
- les doses et la fréquence d'injection du médicament sont déterminées par le médecin en tenant compte des caractéristiques individuelles d'une patiente particulière.

3.10. Diagnostic de la grossesse précoce:

- le diagnostic de grossesse par le niveau de bêta-HCG dans le sang ou l'urine est réalisé en 10-16 jours à compter de la date de transfert d'embryon;
- le diagnostic échographique de la grossesse est effectué au plus tôt 21 jours après le transfert d'embryon.

3.11. Complications possibles pendant la FIV:

- syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO);
- réactions allergiques associées à l'introduction de médicaments pour la superovulation contrôlée et le soutien de la phase lutéale du cycle menstruel stimulé;
- saignement;
- inflammation aiguë ou exacerbation d'une inflammation chronique des organes génitaux féminins;
- grossesse extra-utérine;
- grossesse utérine et hétérotopique multiple;
- torsion de l'ovaire;
- apoplexie ovarienne;
- traumatisme des organes adjacents.

3.12. À la fin du cycle de fécondation, s'il reste des ovocytes / embryons inutilisés, la patiente peut décider d'utiliser ces ovocytes / embryons pour les programmes de traitement d'autres patients.

3.13. Les données sur le bilan des ovocytes ou des embryons et leur utilisation sont enregistrées dans le registre de stockage et d'utilisation des ovocytes cryoconservés, dont la forme figure à l'annexe 4 du présent ordre, ou le registre de stockage et d'utilisation des embryons cryoconservés, dont la forme est donnée à l'annexe 5 du présent ordre.

3.14. L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ci-après - ICSI) dans le cytoplasme de l'ovocyte est effectuée à l'aide d'un microscope inversé équipé de micromanipulateurs, à l'aide de micro-instruments spéciaux et de milieux nutritifs.

3.15. Indications pour l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes:

- oligozoospermie;
- asthénozoospermie;
- tératozoospermie conformément aux normes actuelles d'évaluation des éjaculats;
- incapacité à sécréter un nombre suffisant de spermatozoïdes (50 à 100 000 spermatozoïdes activement mobiles par ovocyte);
- utilisation de spermatozoïdes dérivés du testicule ou de son appendice;
- utilisation de sperme cryoconservé;
- utilisation d'ovocytes cryoconservés;
- fécondation des ovocytes des femmes en âge de procréer plus âgé;
- absence de fertilisation dans les précédents programmes de FIV;
- faible fréquence de fertilisation dans les précédents programmes de FIV;
- fécondation anormale dans les précédents programmes de FIV;
- pas de fécondation dans le cycle actuel de FIV, réinsémination des ovocytes le deuxième jour;
- effectuer la méthode de maturation des ovocytes in vitro;
- nécessité d'un diagnostic génétique préimplantatoire;
- présence cliniquement significative d'anticorps anti-spermatozoïdes dans l'éjaculat;
- infertilité idiopathique;
- anomalies morphologiques des ovocytes (y compris épaissement de la coque brillante);

- réaliser la technique d'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes sélectionnés morphologiquement;
 - troubles éjaculatoires, y compris éjaculation rétrograde, anéjaculation avec lésion de la moelle épinière, etc.;
 - haut niveau de fragmentation de l'ADN.
- 3.16. Les contre-indications pour l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes sont déterminées conformément au paragraphe 3.2 de cette section.
- 3.17. La technique d'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes comprend les étapes suivantes:
- préparation des ovocytes;
 - privation du mouvement des spermatozoïdes en violant l'intégrité de la membrane de la queue;
 - violation de l'intégrité de la membrane cytoplasmique externe de l'ovocyte;
 - introduction de spermatozoïdes dans le cytoplasme de l'ovocyte avec une micro-aiguille en verre;
 - la culture et d'autres étapes, comme dans la FIV.
- 3.18. Préparation des ovocytes:
- avant d'effectuer la technique d'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes, une dénudation (élimination des cellules coronales radiales) des ovocytes est effectuée;
 - la micromanipulation n'est effectuée que sur des ovocytes matures.
- 3.19. Obtenir du sperme:
- le sperme pour l'injection intracytoplasmique de sperme peut être obtenu à partir de méthodes d'éjaculation ou de manipulation;
 - le choix de la méthode optimale d'obtention du sperme est fait par un médecin;
 - la méthode de préparation du sperme à partir de l'éjaculat ou de l'aspirat obtenu à partir du testicule ou de son épидидyme est choisie individuellement par l'embryologiste en fonction de la quantité et de la qualité du sperme. Le sperme pour injection dans l'ovule peut être obtenu à partir de l'éjaculat dans la pathospermie;
 - en azoospermie et pathospermie, les méthodes de manipulation suivantes peuvent être utilisées: aspiration microchirurgicale des spermatozoïdes de l'épididyme; aspiration percutanée de spermatozoïdes de l'épididyme; aspiration des spermatozoïdes du tissu testiculaire; extraction de sperme du tissu testiculaire;
 - la manipulation est réalisée le jour de l'aspiration folliculaire transvaginale et du prélèvement d'ovocytes chez la femme. S'il est nécessaire d'effectuer la procédure de fécondation avec du sperme de l'épididyme, la manipulation peut être effectuée 12-24 heures avant le prélèvement des ovocytes, avec du sperme testiculaire - 48-72 heures;
 - dans le cas de l'utilisation de spermatozoïdes cryoconservés issus de l'aspirat testiculaire ou de l'épididyme, la procédure d'obtention du sperme est réalisée à l'avance, quel que soit le jour de ponction des follicules ovariens;
 - indications de manipulation pour obtenir du sperme sont l'azoospermie obstructive, l'insuffisance testiculaire et l'incapacité d'éjaculer;
 - contre-indications à la manipulation pour obtenir du sperme sont la présence de maladies infectieuses aiguës de toute localisation, des troubles de la coagulation (hypocoagulation);
 - complications: douleur locale, hématome du scrotum, œdème, modifications atrophiques.

Le complexe d'examen d'un homme avant la procédure d'obtention de sperme est effectué conformément au paragraphe 2.2 de la section II du présent ordre.

4. INSÉMINATION INTRA-UTÉRINE

- 4.1. L'insémination intra-utérine (IIU) avec du sperme de mari ou du sperme de donneur est une forme de traitement de l'infertilité et peut être effectuée en introduisant du sperme préparé (capacité) dans la cavité utérine pendant l'ovulation.
- 4.2. La décision d'utiliser l'IIU avec le sperme d'un mari ou d'un donneur est prise par le patient sur la recommandation d'un médecin en fonction des caractéristiques quantitatives et qualitatives de l'éjaculat et de la déclaration du patient pour l'utilisation des technologies de reproduction assistée.
- 4.3. La procédure de l'IIU est inscrite dans le registre de l'insémination intra-utérine avec du sperme de mari (annexe 6) ou dans le registre de l'insémination intra-utérine avec du sperme de donneur (annexe 7).
- 4.4. La procédure de l'IIU est réalisée dans les conditions d'un cycle menstruel naturel ou avec l'utilisation d'inducteurs d'ovulation.
- 4.5. Le sperme capacitif natif ou cryoconservé est utilisé pour effectuer une IIU avec du sperme de mari.
- 4.6. Le sperme cryoconservé est utilisé lors de la réalisation d'une IIU avec du sperme de donneur. Le sperme de donneur capacitif décongelé est utilisé après des résultats de tests négatifs répétés pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B, C (6 mois après avoir reçu du sperme de donneur).
- 4.7. Pour la patiente, le donneur doit être anonyme (sauf pour les donneurs relatifs ou non anonymes).
- 4.8. Indications pour une IIU avec du sperme de mari:
- 1) le mari:
 - sperme sous-fertile;
 - troubles éjaculatoires et sexuels;
 - éjaculation rétrograde (s'il est possible d'obtenir suffisamment de sperme pour l'IIU);
 - hypospadias;
 - hypospermie (petit volume d'éjaculat);
 - viscosité élevée du plasma séminal;
 - anticorps anti-sperme;
 - utilisation de sperme cryoconservé;
 - utilisation de spermatozoïdes cryoconservés pour une reproduction retardée;
 - 2) la femme:
 - infertilité d'origine inconnue;
 - facteur d'infertilité cervicale;
 - présence d'anticorps anti-spermatozoïdes;
 - dysfonctionnement ovulatoire pouvant être traité;
 - allergie au sperme;
 - vaginisme.
- 4.9. Indications pour réaliser une IIU avec du sperme de donneur:
- 1) le mari:
 - oligoasténoteratozoospermie sévère, azoospermie;
 - troubles éjaculatoires et sexuels;
 - pronostic médical et génétique défavorable;

2) la femme:

- indications médicales et sociales (à la demande de la femme).

4.10. Contre-indications de l'IIU sont déterminées conformément au paragraphe 3.2 de la section III du présent ordre.

4.11. Conditions de réalisation de l'IIU:

1) le mari:

- deux spermogrammes confirmant la présence de plus de 10 millions de spermatozoïdes mobiles dans l'éjaculat;

2) la femme:

- perméabilité confirmée d'au moins une trompe de Fallope;
- cycle ovulatoire (spontané ou induit).

4.12. Le complexe de l'examen supplémentaire des patients avant l'IIU est effectuée conformément à la section II du présent ordre.

4.13. Procédure de réalisation de l'IIU:

- la décision d'utiliser le sperme d'un mari ou d'un donneur est prise par les patients sur l'avis d'un médecin et dépend des caractéristiques quantitatives et qualitatives de l'éjaculat;
- l'IIU peut être utilisée à la fois dans le cycle menstruel naturel et avec l'utilisation d'inducteurs d'ovulation;
- l'introduction de sperme se fait en période périovulatoire. Seul le sperme capacitif peut être utilisé pour l'IIU;
- la fréquence des procédures et leurs intervalles sont déterminés individuellement par le médecin;
- il est possible d'utiliser du sperme de mari natif ou cryoconservé, ainsi que du sperme de donneur cryoconservé;

Le nombre de tentatives de l'IIU est déterminé par le médecin.

4.14. Complications possibles pendant l'IIU:

- réactions allergiques et autres associées à l'introduction de médicaments pour stimuler l'ovulation, fournies par leur fabricant;
- réaction de type choc avec introduction de sperme capacitif dans la cavité utérine;
- syndrome d'hyperstimulation ovarienne;
- l'inflammation aiguë ou l'aggravation de l'inflammation chronique de la région génitale féminine;
- survenue d'une grossesse multiple ou extra-utérine.

5. DON DE GAMÈTES ET D'EMBRYONS

5.1. Le don de gamètes et d'embryons est une procédure par laquelle les donneurs, avec un consentement volontaire écrit, donnent leurs gamètes (spermatozoïdes, ovocytes) ou embryons pour une utilisation chez d'autres personnes dans le traitement de l'infertilité.

L'utilisation du don d'embryons est effectuée pour des raisons médicales, sous réserve du consentement écrit et éclairé des patients, garantissant l'anonymat du donneur et préservant le secret médical.

- 5.2. Le don de gamètes et d'embryons est effectué en présence de documents pertinents: consentement volontaire éclairé pour le don de sperme (annexe 8), demande patient / patiente pour l'utilisation d'ovocytes de donneuse (annexe 9), consentement volontaire éclairé pour le don d'ovocytes (annexe 10), consentement volontaire éclairé pour le don d'embryons (annexe 11).
- 5.3. En cas de complications de la SOC, prévues au paragraphe 3.4 de la section III du présent ordre, la donneuse d'ovules pendant la procédure de don de gamètes (dans le cycle SOC) dans les 30 jours après l'aspiration des ovocytes, l'ES fournit des soins médicaux aux patients.
- 5.4. Les donneuses d'ovocytes peuvent être:
- femmes;
 - proches;
 - donneuses volontaires anonymes;
 - patientes avec des programmes de PMA qui, avec le consentement volontaire écrit, fournissent au receveur une partie de leurs ovocytes.
- 5.5. Exigences pour les donneuses d'ovocytes:
- une femme de 18 à 36 ans;
 - la présence d'un enfant né en bonne santé;
 - absence de signes phénotypiques négatives;
 - santé physique satisfaisante;
 - aucune contre-indication à la participation au programme de don d'ovocytes;
 - absence de maladies héréditaires;
 - absence de mauvaises habitudes: drogues, alcoolisme, toxicomanie
- 5.6. Indications de la FIV à l'aide d'ovocytes de donneuses:
- absence d'ovocytes acquis ou congénitaux, due à la ménopause naturelle;
 - risque de transmission de maladies héréditaires;
 - tentatives répétées échouées de FIV avec une faible qualité d'embryons et une réponse insatisfaisante des ovaires à une stimulation contrôlée et une production répétée d'ovocytes et d'embryons de faible qualité.
- 5.7. Contre-indications de la PMA utilisant des ovocytes de donneuses sont déterminées conformément au paragraphe 3.2 de la section III du présent ordre.
- 5.8. Le complexe de l'examen des donneuses d'ovocytes et des patientes (receveuses) est la même que lors de la procédure de FIV (section II de cet ordre).
- 5.9. La liste des documents nécessaires à la mise en œuvre du don d'ovocytes (ci-après - DO):
- consentement volontaire éclairé au don d'ovocytes (annexe 12);
 - carte personnelle de la donneuse d'ovocytes (annexe 13).

Le questionnaire de la donneuse d'ovocytes est rempli et codé par un médecin. Le schéma de codage est déterminé par l'établissement de santé. Le travail avec les donneuses est effectué par un médecin qui procède à un examen médical de la donneuse avant chaque tentative de FIV, surveille la réalisation opportune et les résultats des tests de laboratoire conformément au calendrier de l'examen.

5.10. Algorithme de mise en œuvre du programme de don d'ovocytes:

- synchronisation des cycles menstruels ou stimulation contrôlée des ovaires dans le cycle précédent avec fécondation ultérieure par sperme de mari de la patiente ou de donneur et congélation d'embryons;
- préparation de la receveuse au transfert de cryoembryons pour le transfert d'embryons dans le cycle menstruel prévu;
- techniques de FIV, injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (selon les indications);
- observation de la donneuse d'ovocytes par le médecin avant le début de la prochaine menstruation (environ 2 semaines), attendue pour le cycle de DO;
- les ovocytes de la donneuse peuvent être congelés pour une utilisation ultérieure.

Afin de préserver la santé reproductive de la donneuse d'ovocytes, il est recommandé de ne pas effectuer plus de 8 tentatives de SOC au total, une deuxième tentative de SOC est effectuée au plus tôt 2 mois après la précédente.

5.11. Le donneur de sperme peut être un homme âgé de 20 à 40 ans s'il a un bébé en bonne santé.

5.12. Le donneur de sperme ne doit présenter aucun signe phénotypique négatif.

5.13. Le don de sperme est autorisé en l'absence de maladies somatiques et héréditaires qui peuvent nuire à la santé de l'enfant à naître, des écarts par rapport aux caractéristiques morphométriques et phénotypiques normales, ainsi que d'autres contre-indications.

5.14. Le don de sperme n'est pas autorisé à condition d'utilisation de drogues, de substances psychotropes et toxiques, de l'abus d'alcool.

5.15. La carte personnelle du donneur de sperme est remplie pour le donneur de sperme selon le formulaire donné en annexe 14 du présent ordre.

5.16. Les données sur l'utilisation du sperme de donneur sont enregistrées dans le registre de stockage et d'utilisation du sperme de donneur sous la forme indiquée à l'annexe 15 du présent ordre.

5.17. Le spécialiste de la PMA effectue un examen médical du donneur de sperme, contrôle les résultats des tests de laboratoire conformément au calendrier d'examen.

5.18. Exigences pour le sperme du donneur: normozoospermie.

5.19. Le choix du donneur de sperme est fait par le couple ou le patient sur la base des caractéristiques phénotypiques du donneur anonyme.

5.20. Seul le sperme de donneur précongelé et décongelé avant le PMA peut être utilisé. L'utilisation de sperme décongelé est autorisée sous réserve de résultats négatifs répétés de tests de dépistage du VIH, de la syphilis, des hépatites B et C et au plus tôt 6 mois après la cryoconservation. L'utilisation de sperme de donneur cryoconservé empêche le contact direct entre le donneur et la receveuse.

5.21. Les donneurs d'embryons peuvent être des patients du programme de FIV, dans lesquels des embryons cryoconservés non utilisés restent dans la cryobanque après la naissance d'un enfant. En cas de fécondation d'ovocytes de la donneuse avec du sperme de donneur, ils peuvent être transférés dans la cavité utérine de la receveuse ou cryoconservés (avec transfert ultérieur dans les cycles suivants).

5.22. Avec le consentement volontaire, éclairé et écrit des patientes donneuses, ces embryons peuvent être utilisés pour faire un don à la patiente stérile / couple marié, ainsi qu'aux femmes receveuses qui ne sont pas mariées.

- 5.23. Les données sur l'utilisation d'embryons cryoconservés sont inscrites dans le registre de stockage et d'utilisation d'embryons cryoconservés.
- 5.24. L'utilisation de gamètes et d'embryons de donneuses est effectuée à la demande du patient / des patients pour l'utilisation de technologies de reproduction assistée avec des gamètes / embryons de donneuses sous la forme donnée à l'annexe 16 du présent ordre, la demande du patiente/ des patients pour l'utilisation d'ovocytes de donneuses, informée par consentement volontaire.
- 5.25. Les récipients (à leur demande) peuvent recevoir un portrait phénotypique des donneuses de gamètes et d'embryons.
- 5.26. Les contre-indications de la PMA utilisant des embryons de donneuses sont déterminées conformément au paragraphe 3.2 de la section III du présent ordre.
- 5.27. L'examen des receveuses d'embryons, d'ovocytes de donneuses et de sperme est effectué de la même manière que dans la procédure de FIV.
- 5.28. L'examen des donneurs de sperme et des ovocytes est effectué de la même manière que dans la procédure de FIV. Обстеження донорів сперми та донорських ооцитів проводиться так само, як і при процедурі ЗІВ.

6. MATERNITÉ DE SUBSTITUTION

6.1. Les conditions nécessaires à la maternité de substitution (ci-après - MS) sont:

- la présence d'indications médicales pour la MS, prévues au paragraphe 6.2 de la présente section;
- les documents nécessaires pour la mise en oeuvre de la MS, prévus aux paragraphes 6.10, 6.11 de la présente section;
- le couple (ou l'un des futurs parents) dans l'intérêt duquel la MS est pratiquée doit avoir un lien génétique avec l'enfant;
- une mère porteuse ne doit pas avoir de lien génétique direct avec l'enfant. La grossesse est autorisée par les proches parents des futurs parents (mère, sœur, cousine, etc.).

6.2. Les indications pour la MS sont:

- absence de l'utérus (congénital ou acquis);
- déformation de la cavité ou du col de l'utérus lors de malformations congénitales ou due à une intervention chirurgicale, tumeurs bénignes, avec lesquelles une grossesse est impossible;
- modifications structurales-morphologiques ou anatomiques de l'endomètre entraînant une perte de réceptivité, des synéchies de la cavité utérine, qui ne sont pas traitables;
- maladies somatiques graves, avec lesquelles la grossesse menace la santé ou la vie de la receveuse, mais qui n'affectent pas la santé de l'enfant à naître;
- tentatives échouées répétées de PMA (4 fois ou plus) avec la création répétée d'embryons de haute qualité, dont le transfert n'a pas conduit à une grossesse.

6.3. L'examen de la mère porteuse est effectué sur une base générale pour le traitement de la PMA.

6.4. Une mère porteuse peut être une femme adulte apte à condition qu'elle ait son propre enfant en bonne santé, une demande écrite volontaire de la mère porteuse sous la forme donnée à l'annexe 17 du présent ordre, ainsi qu'en l'absence de contre-indications médicales.

6.5. Les contre-indications de la PMA par la maternité de substitution et le volume de l'examen des patients sont déterminées conformément à la section II et au paragraphe 3.2 de la section III du présent ordre.

6.6. Algorithme de la PMA par maternité de substitution:

- choix de la mère porteuse;
- synchronisation des cycles menstruels de la receveuse et de la mère porteuse, préparation d'embryons / cryoembryons;
- procédure de transfert de l'embryon dans l'utérus de la mère porteuse;
- cryoconservation d'embryons inutilisés;
- diagnostic de grossesse;
- suivi de la grossesse dans le cadre de la MS conformément au paragraphe 1.13 de la section I du présent ordre;
- détermination avec le médecin qui observe la femme enceinte, le mode d'accouchement, le lieu de naissance, la méthode d'allaitement du nouveau-né;
- l'accouchement peut être un partenariat entre la receveuse et la mère porteuse.

6.7. Des informations sur un enfant né d'une mère porteuse le jour de sa sortie de la maternité / salle d'hôpital par téléphone sont fournies à la clinique pour enfants (au lieu de résidence de l'enfant).

6.8. Si les parents d'un enfant né d'une mère porteuse sont des étrangers, ils indiquent le lieu de résidence temporaire jusqu'à ce que les documents soient enregistrés et ils quittent le pays pour le patronage de spécialistes en pédiatrie et surveillance.

6.9. Dans le cas de la naissance d'un enfant par une femme à qui on a transféré un embryon humain conçu par les époux à la suite de l'utilisation de la PMA, l'enregistrement public de la naissance d'un enfant est effectué à la demande des époux qui ont accepté ce transfert.

Dans ce cas, en même temps que le document confirmant le fait de la naissance de l'enfant par cette femme, une demande de consentement à l'enregistrement des époux comme les parents de l'enfant est introduite, dont l'authenticité de la signature doit être notariée, ainsi qu'un certificat de parenté génétique des parents (mère ou père) (annexe 18).

Ainsi, dans la colonne "Pour les marques" de l'acte d'enregistrement de naissance, on indique le suivant: "La mère de l'enfant selon le certificat médical de naissance est la citoyenne (un nom, un prénom, un patronyme)", ainsi que le nom de l'établissement (institution) est noté, qui a délivré le certificat, la date de délivrance et le numéro, les données notariales (nom et initiales, district notarial ou notaire), la date et le numéro d'enregistrement de la signature de la femme sur la demande de son consentement à l'enregistrement des époux comme les parents de l'enfant conformément au paragraphe 11 du chapitre 1 de la section III des Règles d'enregistrement de l'état civil en Ukraine, approuvé par l'ordre du Ministère de la Justice de l'Ukraine du 18 octobre 2000 № 52/5 (telle que modifiée par l'ordre du Ministère de la Justice de l'Ukraine du 24 décembre 2010 № 3307/5), enregistré au Ministère de la Justice de l'Ukraine le 18 octobre 2000 sous le № 719/4940.

6.10. La liste des documents requis pour la MS, pour la mère porteuse:

- déclaration de la mère porteuse;
- copie du passeport de la mère porteuse;
- copie de l'acte de mariage ou de divorce de la mère porteuse (sauf les femmes célibataires);
- copie de l'acte de naissance de l'enfant (enfants);
- consentement du mari de la mère porteuse à sa participation au programme de maternité de substitution sous la forme donnée à l'annexe 19 du présent ordre (sauf les femmes célibataires).

6.11. La liste des documents requis pour la MS, par le couple dans l'intérêt duquel la MS est effectuée:

- déclaration du patient / des patients concernant l'utilisation de la PMA;
- copies des passeports;
- copie de l'acte de mariage;
- copie notariée d'un accord conjoint écrit entre la mère porteuse et la femme (mari) ou le couple marié.

7. CRYOPRÉSERVATION DU SPERME, DES OVOCYTES, DES EMBRYONS ET DU MATÉRIEL BIOLOGIQUE OBTENUS DU TESTICULE OU DE SON APPENDICE, TISSU OVARIEN.

7.1. La cryopréservation du sperme, des ovocytes, des embryons et du matériel biologique obtenu du testicule ou de son appendice, du tissu ovarien et leur stockage sont effectués sur la déclaration de cryopréservation du sperme, des ovocytes, du tissu ovarien ou du matériel biologique obtenu du testicule ou de son appendice, (annexe 20) et la déclaration pour la cryopréservation d'embryons (annexe 21).

7.2. L'établissement de soins de santé fournit le mode de stockage et d'utilisation des biomatériaux nécessaire sur la base des protocoles recommandés et testés des fabricants de milieux nutritifs. La procédure de congélation et décongélation est effectuée par l'embryologiste sur la base d'une déclaration de décongélation du sperme, d'ovocytes, de tissu ovarien ou de matériel biologique obtenu du testicule ou de son appendice, selon le formulaire figurant à l'annexe 24 du présent ordre, et d'une déclaration de décongélation et de transfert de l'embryon à l'annexe 25 du présent ordre.

8. RÉDUCTION EMBRYONNAIRE

8.1. Afin de prévenir les complications obstétricales et prénatales associées aux naissances multiples, une manipulation peut être effectuée pour réduire le nombre d'embryons en développement - la réduction embryonnaire.

8.2. La réduction embryonnaire n'est effectuée que sur la conclusion d'un conseil des médecins sur la nécessité de celui-ci, qui implique au moins trois médecins.

8.3. Le nombre d'embryons à réduire est déterminé par le patient sur recommandation d'un médecin et d'une demande écrite de réduction embryonnaire sous la forme indiquée à l'annexe 26 du présent ordre.

8.4. L'indication pour la réduction embryonnaire est la présence de 2 fœtus ou plus après l'utilisation de la PMA en présence d'une demande de réduction embryonnaire.

8.5. Contre-indications pour la réduction embryonnaire:

- risque de l'interruption de la grossesse au moment de la procédure;
- maladies inflammatoires aiguës de toute localisation au moment de l'intervention.

- 8.6. L'examen de la patiente pour la réduction embryonnaire est effectué conformément à la section II de cet ordre.
- 8.7. La sélection d'embryons qui restent et doivent être supprimés doit être effectuée en tenant compte des données de l'échographie, qui caractérisent leur état jusqu'à 12 semaines de grossesse.
- 8.8. L'accès aux embryons (transvaginal, transcervical, transabdominal) et la méthode de suspension de leur développement sont déterminés dans chaque cas par un médecin.
- 8.9. Pour la prévention des naissances multiples, la méthode de transfert d'un embryon sélectionné est introduite. Les embryons restants sont cryopréservés pour une utilisation dans les cycles suivants.
- 8.10. Complications possibles de la réduction embryonnaire:
- saignement;
 - maladies infectieuses et septiques;
 - réactions allergiques aux médicaments injectés;
 - complications thromboemboliques;
 - arrêt du développement d'un autre embryon(autres embryons).

9. INCISION DE LA ZONA PELLUCIDA EMBRYONNAIRE

- 9.1. Incision de la zona pellucida embryonnaire (hatching auxiliaire) avant le transfert d'embryon (transfert d'embryons dans la cavité utérine) peut être réalisée chez des patientes plus âgées (35 ans et plus) ou lors d'échecs de tentatives précédentes d'implantation dans des cycles de traitement, aux défauts de la zona pellucida, après la décongélation des embryons cryoconservés.
- 9.2. Cette manipulation est réalisée pour augmenter la fréquence d'implantation en facilitant l'éclosion du blastocyste.

10. DIAGNOSTIC MÉDICAL ET GÉNÉTIQUE PRÉIMPLANTATOIRE

- 10.1. Diagnostic médical et génétique préimplantatoire (ci-après-DGP) des défauts monogéniques et chromosomiques dans les ovocytes et les embryons au stade avant le transfert d'embryons, ainsi que la détermination du sexe de l'embryon pour prévenir les maladies héréditaires associées au sexe, développé comme méthode alternative pour les femmes qui ont un risque élevé de donner naissance à des enfants avec des pathologies héréditaires. Le principal avantage du DGP est la réduction du risque de maladies héréditaires et l'augmentation de la fréquence des grossesses (dans certains cas), la possibilité d'éviter les interventions invasives sur l'ovule et l'avortement en cas de pathologie. Des études peuvent être effectuées sur les corps polaires des ovocytes, les blastomères individuels de l'embryon, les cellules trophoctodermes.
- 10.2. Les indications pour le DGP sont le risque de donner naissance à des enfants présentant une mutation d'un gène isolé ou des anomalies chromosomiques détectées à la suite d'un examen médical et génétique (examen clinique et génétique, caryotype).
- 10.3. Le DGP peut être effectué à la demande du patient en présence d'une déclaration pour le test génétique préimplantatoire sous la forme indiquée à l'annexe 27 du présent ordre.
- 10.4. Le DGP est réalisé en utilisant une hybridation par fluorescence in situ, une réaction en chaîne par polymérase (PCR) etc.
- 10.5. En cas de grossesse après le DGP, un diagnostic prénatal est recommandé.

11. TRANSPORT D'EMBRYONS / OOCYTES CRYOPRÉSERVÉS/SPERME/ TISSU OVARIEN/TESTICULAIRE OU DE SON APPENDICE EN UKRAINE ET À L'ÉTRANGER

- 11.1. Les gamètes des patients (spermatozoïdes ou ovules), le tissu testiculaire ou de ses appendices, le tissu ovarien et les embryons sont le matériel biologique du patient / des patients, et l'ES assure leur stockage.
- 11.2. Les gamètes de donneurs (sperme ou ovules) sont stockés dans l'ES.
- 11.3. À la demande du patient / des patients, leur matériel biologique peut être transporté vers un autre ES sur le territoire de l'Ukraine et à l'étranger. La demande écrite des patients dans ce cas est accompagnée de l'acte de transfert d'embryons / ovocytes / spermatozoïdes / tissu ovarien / testiculaire ou de son appendice cryopréservés sous la forme indiquée à l'annexe 28 du présent ordre.

12. PROCÉDURE D'APPLICATION DE LA PMA AFIN DE PRÉSERVER LA FERTILITÉ

- 12.1. Avant le traitement des maladies oncologiques (C00-C97; néoplasmes malins de toutes les localisations, y compris les tissus lymphatiques et hématopoïétiques), les maladies hématologiques, auto-immunes à la demande de la femme et à la demande écrite du patient / des patients sur l'utilisation des technologies de reproduction assistée, programme de la PMA pour la cryopréservation d'ovocytes, d'embryons est réalisé. .
- 12.2. La conclusion sur la possibilité d'une stimulation ovarienne contrôlée est préparée par un spécialiste en médecine de la reproduction sur la base d'une consultation avec un oncologue; dans le cas de maladies non oncologiques - rhumatologue, hématologue.
- 12.3. Les programmes de préservation de fertilité suivants sont recommandés:
 - programme de FIV dans un cycle naturel avec la cryopréservation d'ovocytes, d'embryons;
 - programme de FIV avec l'utilisation des médicaments du groupe des inhibiteurs de l'aromatase, médicaments anti-œstrogéniques avec la cryopréservation d'ovocytes, d'embryons;
 - s'il est impossible de réaliser le programme de FIV, la cryopréservation du tissu ovarien est recommandée dans la section VII de cet ordre.
- 12.4. S'il y a des antécédents de néoplasmes malins, le programme de PMA peut être effectué après une consultation d'un oncologue ou s'il existe un document confirmant que la femme a subi un traitement et a été radiée du registre du cancer.

Directeur par intérim du Département de la
réforme et du développement des soins de
santé

E. Moroz