

граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

СЭД-34-01-06-447

26.06.2019

В соответствии с п. 2, 5 ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 21 ноября   
2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.1 ст. 6 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ   
«Об обращении лекарственных средств» и государственной программой Пермского края «Качественное здравоохранение», утвержденной постановлением Правительства Пермского края от 3 октября 2013 г. № 1319-п, в целях снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на территории Пермского края

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать дополнительное лекарственное обеспечение граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения.
2. Утвердить:
   1. Порядок дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения.
   2. Правила передачи лекарственных препаратов государственным учреждениям здравоохранения Пермского края в целях осуществления дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих   
      на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения.
3. Директору ГКУЗ ПК «Медицинский информационно-аналитический центр» Сагындыковой Ю.А. обеспечить необходимую для реализации данного приказа доработку единой информационной системы здравоохранения Пермского края.
4. Руководителям медицинских организаций организовать работу   
   в соответствии с настоящим приказом.
5. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2019 года.
6. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Пермского края Ш.А. Биктаева.

Министр О.Б. Мелехова

УТВЕРЖДЕН   
приказом Министерства здравоохранения Пермского края от №СЭД-

**ПОРЯДОК**

**дополнительного лекарственного обеспечения**

**граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

1. Порядок дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения (далее – граждане), определяет механизм и условия дополнительного лекарственного обеспечения граждан.

2. Дополнительное лекарственное обеспечение гражданам осуществляется бесплатно за счет средств краевого бюджета.

3. Перечень заболеваний системы кровообращения, перечень лекарственных препаратов, периодичность и объем дополнительного лекарственного обеспечения определены в Технологичной карте дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения, в соответствии   
с приложением 1 к настоящему Порядку.

4. Дополнительное лекарственное обеспечение осуществляется гражданам, прикрепленным по полису обязательного медицинского страхования   
к медицинским организациям, расположенным на территории Пермского края (далее – медицинские организации).

5. Организация дополнительного лекарственного обеспечения граждан осуществляется государственным бюджетным учреждением здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер».

6. Дополнительное лекарственное обеспечение граждан лекарственными препаратами осуществляется в государственных учреждениях здравоохранения Пермского края, определенных в приложении 2 к настоящему Порядку (далее – учреждения здравоохранения).

7. Общий период дополнительного лекарственного обеспечения граждан составляет 12 месяцев после выписки из круглосуточного стационара по поводу перенесенного острого состояния (операции).

Дополнительное лекарственное обеспечение граждан осуществляется путем выдачи лекарственных препаратов на основании рецепта в пунктах отпуска лекарственных препаратов, организованных в учреждениях здравоохранения.

Отпуск лекарственных препаратов осуществляется в объеме потребности   
на 3 месяца.

1. Первая выписка рецепта на лекарственные препараты производится   
   в последний день пребывания гражданина в круглосуточном стационаре после перенесенного острого состояния (операции) лечащим врачом, вторая   
   и последующие выписки рецептов – в амбулаторных условиях врачом кардиологом.

Выписка рецепта осуществляется по форме, согласно приложению 3   
к настоящему Порядку.

9. На дополнительное лекарственное обеспечение имеют право граждане, перенесшие острое состояние (операцию) и выписанные из круглосуточного стационара не ранее 01.01.2019 года.

Решение о дополнительном лекарственном обеспечении принимается врачом кардиологом.

10. Условием выписки рецепта на амбулаторном этапе является ежеквартальное прохождение гражданином лабораторных и инструментальных исследований в медицинской организации по месту прикрепления в соответствии с планом наблюдения.

План наблюдения определяется лечащим врачом круглосуточного стационара и выдается гражданину при выписке.

11. Медицинская организация по месту прикрепления гражданина осуществляет выполнение плана наблюдения в части лабораторных   
и инструментальных исследований, и направляет гражданина к врачу кардиологу в учреждение здравоохранения Пермского края согласно приложению 4   
к настоящему Порядку.

Исключение составляют граждане после получения оперативной услуги: А16.12.004, А16.12.004.001, 16.12.004.002, А16.12.004.003, А16.12.004.004, А16.12.004.005, А16.12.004.006, А16.12.004.007, А16.12.004.009, А16.12.004.010, A16.12.008, A16.12.008.001, A16.12.008.002, A16.12.011.001, A16.12.011.005, А16.12.026.012, А16.12.028, А16.12.028.003, A16.12.038.008, наблюдение за которыми осуществляется силами учреждения здравоохранения, в которой данная услуга была оказана.

12. Перед назначением лекарственных препаратов гражданин подписывает добровольное согласие на дополнительное лекарственное обеспечение по форме согласно приложению 5 к настоящему Порядку.

Приложение 1 к Порядку

дополнительного лекарственного обеспечения граждан,

проживающих на территории Пермского края,

страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

**Технологичная карта**

**дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

| № п/п | Модель пациента | | Лекарственный препарат (МНН) | Объем дополнительного лекарственного обеспечения | | | Длительность терапии  (месяцев) | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код диагноза по МКБ-10 | Код услуги |
| Дозировка  (mg) | | Кратность приема в день |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | | 7 |
| 1 | I20.0  I21 | А16.12.026.012  А16.12.028 А16.12.028.003  Не проводилась | ацетилсалициловая кислота | | 100 | 1 | | 12 |
| клопидогрел | | 75 | 1 | | 12 |
| аторвастатин | | 80 | 1 | | 12 |
| 2 | I22 | А16.12.026.012  А16.12.028 А16.12.028.003  Не проводилась | ацетилсалициловая кислота | | 100 | 1 | | 12 |
| клопидогрел | | 75 | 1 | | 12 |
| тикагрелор\* | | 90 | 2 | | 12 |
| 3 | I00 – I99 | А16.12.004  А16.12.004.001  А16.12.004.002 А16.12.004.003 А16.12.004.004  А16.12.004.005  А16.12.004.006  А16.12.004.007  А16.12.004.009  А16.12.004.010 | ацетилсалициловая кислота | | 100 | 1 | | 12 |
| аторвастатин | | 80 | 1 | | 12 |
| 4 | I63.0, I63.3, I63.5, I63.8, I63.9, I64, I65, I67.2, I 69.3, I69.4, I70.0, I70.8, I71, I72.3, I72.8, I73.1 | A16.12.008  A16.12.008.001  A16.12.008.002 A16.12.011.005  A16.12.038.008  A16.12.011.001 | ацетилсалициловая кислота | | 100 | 1 | | 12 |
| клопидогрел | | 75 | 1 | | 1 |
| аторвастатин | | 80 | 1 | | 12 |

**\*** выписывается пациентам с диагнозом I22 (повторный инфаркт миокарда, произошедший в течение 4 недель (28 дней) от начала предыдущего инфаркта).

Приложение 2 к Порядку

дополнительного лекарственного обеспечения граждан,

проживающих на территории Пермского края,

страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**государственных учреждений здравоохранения Пермского края, осуществляющих дополнительное лекарственное обеспечение граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

1. ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер»
2. ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №4»
3. ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. С.Н. Гринберга»
4. ГБУЗ ПК «Краевая больница им. ак. Вагнера Е.А.» г. Березники
5. ГБУЗ ПК «Городская больница №6»
6. ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. М.А. Тверье»
7. ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница №2 имени Ф.Х. Граля»
8. ГБУЗ ПК «Клиническая медико-санитарная часть №1»
9. ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа»
10. ГБУЗ ПК «Кунгурская больница»
11. ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»
12. ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова»
13. ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница»
14. ГБУЗ ПК «Чернушинская районная больница»
15. ГБУЗ ПК «Городская больница г. Соликамск»
16. ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»
17. ГБУЗ ПК «Городская больница Лысьвенского городского округа»
18. ГБУЗ ПК «Верещагинская центральная районная больница»
19. ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница»
20. ГБУЗ ПК «Городская поликлиника №7»
21. ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №5»
22. ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №4»

Приложение 3к Порядку

дополнительного лекарственного обеспечения граждан,

проживающих на территории Пермского края,

# страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

# Форма рецептурного бланка N 148-1/у-04 (к)

Полное наименование МО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код МО

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код нозологической  формы (по [МКБ](http://ivo.garant.ru/document?id=4000000&sub=0)) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Бюджет субъекта Российской Федерации | % оплаты:  1. Бесплатно |
|  |  |  |  |  |

РЕЦЕПТ **Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_** Дата оформления «\_\_»\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N полиса ОМС: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Номер медицинской карты пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Rp:

D.t.d.

Signa:

─────────────────────────────────────────────────────────────────────────

Подпись и печать лечащего врача

М.П.

подпись

Рецепт действителен в течение 90 дней

----------- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----------

|  |  |
| --- | --- |
| Отпущено по рецепту: | Торговое наименование и дозировка: |
| Дата отпуска:"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20   г. | Количество: |
|  | Отпустил: |

--------------------------(линия отрыва)--------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| Корешок рецептурного бланка  Наименование  лекарственного препарата:  Дозировка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_ дней  Количество приемов в день: \_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Приложение 4 к Порядку

дополнительного лекарственного обеспечения граждан,

проживающих на территории Пермского края,

страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

**Маршрутизация**

**граждан, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения для прохождения наблюдения и получения рецептов на дополнительное лекарственное обеспечение**

| №  п/п | Медицинские организации, в которых обслуживаются по полису ОМС граждане, страдающие определенными заболеваниями системы кровообращения (у врачей терапевтов, врачей общей врачебной практики и фельдшеров) | Государственные учреждения здравоохранения Пермского края, в которые направляются граждане, страдающие определенными заболеваниями системы кровообращения, для дополнительного лекарственного обеспечения |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | ГБУЗ ПК «Пермская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Городская поликлиника №2»  ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника г.Пермь» | ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» |
| 2 | ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №4» филиалы г.Губаха, г.Кизел, г.Гремячинск | ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница №4» |
| 3 | ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. С.Н. Гринберга» (Поликлиники 1,2,3, офис ВОП)  ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника» (филиал Академика Королева, 12)  ГБУЗ ПК «МСЧ №7» (Поликлиники 2,3) | ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница им. С.Н. Гринберга» |
| 4 | ГБУЗ ПК «Клиническая больница имени академика Вагнера Е.А.» г.Березники  ГБУЗ ПК «Александровская центральная городская больница» | ГБУЗ ПК «Клиническая больница имени академика Вагнера Е.А.» г.Березники |
| 5 | ГБУЗ ПК «Городская больница №6»  (Поликлиники 2,3,4)  ГБУЗ ПК «Ильинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Добрянская центральная районная больница»»  ГБУЗ ПК «Полазненская районная больница» | ГБУЗ ПК «Городская больница №6» |
| 6 | ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа»  ГБУЗ ПК «Пожвинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Гайнская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Косинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Кочевская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Юрлинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Юсьвинская центральная районная больница» | ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа» |
| 7 | ГБУЗ ПК «Кунгурская больница»  ГБУЗ ПК «Березовская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Кишертская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Октябрьская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Ординская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Суксунская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Уинская центральная районная больница» | ГБУЗ ПК «Кунгурская больница» |
| 8 | ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница»  ГБУЗ ПК «Нытвенская районная больница»  ГБУЗ ПК «Оханская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Частинская центральная районная больница» | ГБУЗ ПК «Краснокамская городская больница» |
| 9 | ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г.Любимова»  ГБУЗ ПК «Чусовская поликлиника» | ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им. В.Г. Любимова» |
| 10 | ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница»  ГБУЗ ПК «Куединская центральная районная больница» | ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница» |
| 11 | ГБУЗ ПК «Чернушинская районная больница» | ГБУЗ ПК «Чернушинская районная больница» |
| 12 | ГБУЗ ПК «Городская больница г.Соликамск»  ГБУЗ ПК «Красновишерская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Чердынская районная больница» | ГБУЗ ПК «Городская больница г.Соликамск» |
| 13 | ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Бардымская центральная городская больница им. Курочкиной А.П.»  ГБУЗ ПК «Еловская центральная районная больница» | ГБУЗ ПК «Осинская центральная районная больница» |
| 14 | ГБУЗ ПК «Городская больница Лысьвенского городского округа»  ГБУЗ ПК «Горнозаводская районная больница» | ГБУЗ ПК «Городская больница Лысьвенского городского округа» |
| 15 | ГБУЗ ПК «Верещагинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Карагайская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Очерская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Сивинская центральная районная больница»  ГБУЗ ПК «Большесосновская центральная районная больница» им. Колчановой Г.Ф.» | ГБУЗ ПК «Верещагинская центральная районная больница» |
| 16 | ГБУЗ ПК «Городская поликлиника №7» | ГБУЗ ПК «Городская поликлиника №7» |
| 17 | ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №5» (все филиалы) | ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №5» |
| 18 | ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №4» | ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника №4» |
| 19 | Медицинские организации не подведомственные Министерству здравоохранения Пермского края всех форм собственности с дислокацией в Пермском крае, имеющие прикрепленное население | По территориальному принципу в ближайших межмуниципальных амбулаторных кардиологических центрах в соответствии с Приложением 1 Приказа Министерства здравоохранения Пермского края от 13 мая 2019 г. №СЭД 34-01-06-317 |

Приложение 5 к Порядку

дополнительного лекарственного обеспечения граждан,

проживающих на территории Пермского края,

страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

**ФОРМА**

**Добровольное согласие на дополнительное лекарственное обеспечение граждан, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество - полностью)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

поставлен(а) в известность, о состоянии моего здоровья на данный момент, о результатах обследования, рекомендованном лечащим врачом лечении, установленном диагнозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(диагноз заболевания на русском языке)

об основном содержании возможных методов и вариантов лечения, назначенных врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(консервативное лечение, оперативное, их виды и возможные варианты, комбинации, амбулаторное лечение,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

госпитализация, переливание донорской крови, методы обезболивания и т.п. нужное вписать)

1. Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
2. Добровольно даю свое согласие на прохождение наблюдения в течение 12 (двенадцати) месяцев после выписки из круглосуточного стационара по поводу перенесенного острого состояния (операции).
3. Мне известно, что наблюдение в течение 12 месяцев включает в себя в том числе лабораторные и инструментальные исследования, описанных в плане наблюдения, выданного лечащим врачом при выписке из круглосуточного стационара, выполнять которые   
   я согласен(на) и обязуюсь проводить в необходимые сроки.
4. С планом наблюдения ознакомлен(а).
5. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные лечащим врачом лекарственные препараты, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не назначенных им лекарственных препаратов.
6. Я предупрежден(а) о вероятности не достижения тех результатов, ради которых проводится лечение, о возможных осложнениях и побочных эффектах назначенных лекарственных препаратов.
7. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от наблюдения, от выполнения рекомендаций лечащего врача, а также самовольное изменение рекомендаций лечащего врача   
   и бесконтрольное самолечение могут осложнить течение моего заболевания, отрицательно сказаться на состоянии здоровья и исходе заболевания.
8. Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах.
9. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
10. Сведения об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных заболеваниях с моих слов врачом записаны верно.
11. Я ознакомлен(а) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, для меня поняты.

**Пациент/законный представитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.) (подпись)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту(пациентке)/законному представителю необходимость приема рекомендованного лечения, предоставил(а) ответы на все задаваемые пациентом вопросы.

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

( Ф.И.О.) (подпись)

"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

**Один экземпляр настоящего документа хранится в первичной медицинской документации, второй экземпляр выдается пациенту**

УТВЕРЖДЕНЫ   
приказом Министерства здравоохранения Пермского края от № СЭД-

**ПРАВИЛА**

**передачи лекарственных препаратов государственным учреждениям здравоохранения Пермского края в целях осуществления дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок передачи государственным учреждениям здравоохранения Пермского края, осуществляющим дополнительное лекарственное обеспечение граждан, проживающих   
   на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения, перечень которых определен в Порядке дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих   
   на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения (далее – учреждения здравоохранения), приобретенных за счет средств краевого бюджета лекарственных препаратов.
2. В соответствии с расчетной потребностью лекарственных препаратов исходя из численности граждан Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения, и объема дополнительного лекарственного обеспечения граждан Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» осуществляет в установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=5F6B01DA912109151ABA75C14239D03193F2B7995D806C29638F0C5084A77C074DB2A4CDF9ACAA3F071213A95DjAo6K) Российской Федерации порядке размещение заказов на поставку лекарственных препаратов и заключает государственные контракты на их поставку.
3. При размещении заказов на поставку лекарственных препаратов государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» предусматривает в государственных контрактах условие по обеспечению поставки лекарственных препаратов, в том числе в учреждения здравоохранения.
4. Учреждения здравоохранения представляют ежеквартально, до 15 числа месяца, предшествующего кварталу, в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» заявки по форме, согласно приложению к настоящим Правилам,   
   на поставку лекарственных препаратов в соответствии с перечнем закупаемых   
   за счет средств краевого бюджета лекарственных препаратов в целях осуществления дополнительного лекарственного обеспечения граждан Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения (далее – лекарственные препараты), с указанием требуемых объемов поставки.
5. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» рассматривает представленные в соответствии с пунктом 4 настоящих Правил заявки на поставку лекарственных препаратов, составляет разнарядку на получение лекарственных препаратов   
   и направляет последнюю на согласование в Министерство здравоохранения Пермского края.

Согласованная с Министерством здравоохранения Пермского края разнарядка направляется государственным бюджетным учреждением здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» поставщикам лекарственных препаратов.

1. Учреждения здравоохранения в течение одного рабочего дня со дня получения лекарственных препаратов от поставщиков ставят соответствующие отметки на подтверждающих документах, принимают лекарственные препараты на хранение и направляют копии подтверждающих документов, заверенные подписью ответственного лица и печатью учреждения здравоохранения,   
   в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер».
2. Поставщики в течение 3 рабочих дней с даты приемки лекарственных препаратов учреждениями здравоохранения представляют подтверждающие документы в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер».
3. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» принимает лекарственные препараты к учету в течение 3 рабочих дней с даты получения подтверждающих документов, после чего осуществляет их передачу в собственность учреждений здравоохранения в соответствии с разнарядкой на получение лекарственных препаратов, согласованной Министерством здравоохранения Пермского края.
4. Учреждения здравоохранения принимают лекарственные препараты   
   на учет в течение 2 рабочих дней со дня получения от государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» подтверждающих документов.
5. Учет лекарственных препаратов осуществляется ответственным лицом, уполномоченным руководителем учреждения здравоохранения (далее – ответственное лицо), в «Журнале учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения», утвержденном [приказом](consultantplus://offline/ref=E2C3310C6BB3F1C5AB6E00BA2DA821C1D44E0681964802E0767CC7EABFx2WEL) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июня 2013 г.   
   № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных   
   с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных   
   с обращением лекарственных средств для медицинского применения» (приложение № 3 к Правилам регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения) (далее – Журнал учета).

Поступление лекарственного препарата отражается в Журнале учета   
по каждому приходному документу в отдельности с указанием номера и даты. Расход лекарственного препарата записывается ежедневно. Исправления   
в журналах учета заверяются подписью ответственного лица.

Приходные и расходные документы подшиваются в порядке их поступления по датам и хранятся вместе с журналом учета.

Рецепты (с отметкой «Лекарственный препарат отпущен») хранятся   
в учреждении здравоохранения в течение трех лет.

1. Хранение лекарственных препаратов осуществляется в соответствии   
   с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 августа 2010 г. № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств».
2. При отпуске гражданину лекарственных препаратов ответственным лицом необходимо:

* промаркировать выдаваемую упаковку;
* информировать гражданина о режиме и дозах приема лекарственного препарата, правилах хранения в домашних условиях, о взаимодействии с другими лекарственными препаратами.

Приложение

к Правилам передачи лекарственных препаратов

государственным учреждениям здравоохранения Пермского края в целях осуществления дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории Пермского края,

страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения

**ФОРМА**

**ежеквартальной заявки на поставку лекарственных препаратов государственным учреждениям здравоохранения Пермского края в целях осуществления дополнительного лекарственного обеспечения граждан, проживающих   
на территории Пермского края, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения**

**МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозология/  препараты | Кол-во пациентов | Ацетилсалициловая кислота, 100 мг, табл. | Клопидогрел,  75 мг, табл. | Тикагрелор,  90 мг, табл. | Аторвастатин,  80 мг, табл. |
| ОКС или плановое ЧКВ |  |  |  | - |  |
| ОКС и ЧКВ схема «тикагрелор» |  |  | - |  |  |
| Коронарное шунтирование |  |  | - | - |  |
| КЭАЭ |  |  |  | - |  |
| ИТОГО на квартал | - |  |  |  |  |

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(ФИО) (подпись)