

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

03.04. 2013 г.

№ 404

г. Мурманск

**О внесении изменений в приложение к приказу Министерства  
здравоохранения Мурманской области от 30.12.2011 № 949**

В целях повышения обоснованности назначения лекарственных препаратов, не входящих в Справочники лекарственных препаратов, отпускаемых на территории Мурманской области отдельным категориям граждан по рецептам врачей бесплатно за счет средств федерального и регионального бюджетов и в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 14.02.2005 № 38-ПП «О дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в приложение «Порядок обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания граждан в рамках оказания государственной социальной помощи за счет средств федерального бюджета и отдельных категорий граждан, имеющих право на получение необходимых лекарственных препаратов бесплатно или со скидкой за счёт средств регионального бюджета на территории Мурманской области» к приказу Министерства здравоохранения Мурманской области от 30.12.2011 № 949 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан за счет средств федерального и регионального бюджетов на территории Мурманской области» следующие изменения:

1.1. Во втором абзаце пункта 2.5. после слов «утвержденных нормативными документами» включить слова «и спецификаций к заключенным государственным контрактам».

1.2. В пункте 2.7.:

1.2.1. Слово «заявка» заменить словами «лист согласования выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания, не включенных в Справочники (далее - Лист согласования)».

1.2.2. В первом абзаце после слов «вместе с обоснованием назначения» слова «в том числе с обоснованием конкретного торгового наименования лекарственного препарата» исключить.

1.2.3. После первого абзаца включить абзац следующего содержания:

«К Листу согласования прилагаются документы, подтверждающие необходимость назначения и выписывания лекарственных препаратов, не вошедших в Справочники. Обоснованность назначения подтверждается следующими документами: выпиской из медицинской карты амбулаторного больного или выпиской из истории развития ребенка, а так же, в случае верифицированной лекарственной непереносимости, копией Извещения о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта при медицинском применении лекарственного препарата на бумажном носителе с отметкой о дате его почтовой (электронной) отправки в адрес Управления Росздравнадзора по Мурманской области».

1.3. Приложение № 4 изложить в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям учреждений здравоохранения, уполномоченных на выписывание рецептов, дающих право отдельным категориям граждан на получение лекарственных препаратов за счет средств федерального и регионального бюджетов:

2.1. Довести до сведения медицинского персонала настоящий приказ, обеспечить его исполнение.

2.2. Организовать регистрацию и учет случаев верифицированной лекарственной непереносимости, передачу информации в установленном порядке в Управление Росздравнадзора по Мурманской области».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Мурманской области Ушакову Л.Г.

Первый заместитель министра



**Р.В. Москвин**

Приложение № 2  
к приказу Министерства  
здравоохранения  
Мурманской области  
от 03.07.13 № 407

«Приложение № 4  
к Порядку

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_  
Факс с указанием кода города \_\_\_\_\_

Лист согласования  
выписывания лекарственных препаратов, изделия медицинского назначения и  
специализированные продукты лечебного питания, не включенных в  
Справочник лекарственных препаратов

№ п/п	ФИО пациента, дата рождения	Диагноз	Код МКБ 10	Код категории льгот	Международное непатентованное и торговое наименование заявляемого препарата	Потребность на 1 месяц	Период согласования (до 6-ти месяцев)	Дата заключения врачебной комиссии

Основание для составления заявки:

1. Тяжелое течение болезни
2. Отсутствие аналогов в Справочнике лекарственных препаратов
3. Наличие у пациента верифицированной лекарственной непереносимости на аналогичные препараты  
*(нужное подчеркнуть)*

Приложение: Документальное подтверждение наличия оснований для заявки  
*(предоставляется медицинской организацией)*

1. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)
2. Копия извещения\* о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства *(предоставляется при наличии верифицированной лекарственной непереносимости)*

\*Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства

<p><b>ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НПР</b></p> <p>ФИО:</p> <p>Должность и место работы:</p> <p>Адрес учреждения:</p> <p>Телефон:</p> <p>Дата получения информации:</p> <p>Лечение: <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение</p> <p>Сообщение: <input type="checkbox"/> первичное <input type="checkbox"/> повторное (дата первичного _____ )</p>	<p><b>ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ</b></p> <p>Инициалы:</p> <p>№ амбулаторной карты или истории болезни</p> <p>Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж</p> <p>Возраст: _____ Вес (кг): _____</p> <p>Беременность <input type="checkbox"/> Срок беременности _____ недель</p> <p>Нарушение функции печени <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно</p> <p>Нарушение функции почек <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не известно</p> <p>Аллергия (указать на что):</p>
--	---

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №1, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название		
Производитель		Страна		Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
			/ /	/ /		

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №2, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название		
Производитель		Страна		Номер серии		
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР	
			/ /	/ /		

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС) №3, предположительно вызвавшее НР**

Международное непатентованное название (МНН)				Торговое название		
--	--	--	--	-------------------	--	--

				е	
Производитель		Страна		Номер серии	
Показание к назначению	Путь введения	Разовая/Суточная доза	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Доза, вызвавшая НР
			/ /	/ /	

**ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному решению)**  
 Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал

МНН	ТН	Путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

**Описание НР:**

Дата начала НР: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата разрешения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР?  да  нет  ЛС не отменялось  неприменимо

Отмечено ли повторение НР после повторного назначения ЛС?  да  нет  ЛС повторно не назначалось  неприменимо

- Предпринятые меры:**
- Без лечения
  - Отмена подозреваемого ЛС
  - Снижение дозы подозреваемого ЛС
  - Отмена сопутствующего лечения
  - Лекарственная терапия
  - Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)
  - Другое, указать \_\_\_\_\_

**Лекарственная терапия НР (если понадобилась)**

**Исход:**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> выздоровление без последствий | <input type="checkbox"/> смерть       |
| <input type="checkbox"/> улучшение состояния           | <input type="checkbox"/> не известно  |
| <input type="checkbox"/> состояние без изменений       | <input type="checkbox"/> не применимо |
| <input type="checkbox"/> выздоровление с последствиями |                                       |
- (указать) \_\_\_\_\_

**Критерий серьезности (отметьте, если это подходит):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> смерть                          | <input type="checkbox"/> врожденные аномалии               |
| <input type="checkbox"/> угроза жизни                    | <input type="checkbox"/> инвалидность / нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> госпитализация или ее продление | <input type="checkbox"/> не применимо                      |

**Значимая дополнительная информация**

*Данные клинических, лабораторных, рентгенологических исследований и аутопсии, включая определение концентрации ЛС в крови/тканях, если таковые имеются и связаны с НР (пожалуйста приведите даты).*

*Сопутствующие заболевания. Анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия.*

*Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые во время беременности, а также дату последней менструации. Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.*