МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ПРИКАЗ

29 декабря 2017 г. Москва № 1150н

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 50485
от 23 марта 2018 г.

Об утверждении
формы заявки на поставку антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и формы заявки на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

В соответствии с пунктом 3 Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и пунктом 3 Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 1512 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 2, ст. 344), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить:

форму заявки на поставку антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 1;

gost.e-ecolog.ru

форму заявки на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 2.

Министр В.И. Скворцова

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «29» декабря 2017 г. № 1150н

Форма

УТВЕРЖДАЮ

_____
(руководитель Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы исполнения наказаний, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____
(дата)

Заявка*
на поставку антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов B и C, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

Наименование уполномоченного органа, представившего заявку:

_____

Адрес, телефон, факс, адрес электронной почты уполномоченного органа, представившего заявку:

_____

Полное наименование организации-получателя, Ф.И.О. контактного лица, телефон:

_____

Адрес места поставки, полное наименование организации, телефон, адрес электронной почты:

_____

Период поставки с «___» _____ 20 ___ года по «___» _____ 20 ___ года

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование), лекарственная форма, дозировка	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Переходящий остаток на 1 января 20___ года	Потребность в лекарственном препарате				Примечание
					Общее количество лекарственного препарата	в том числе			
						для начинающих лечение	для продолжающих лечение	для профилактики заражения	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									

* – формируется на основании данных, заполненных в приложении к заявке

Исполнитель _____ _____ _____

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата составления заявки: «____» _____ 20____ г.

Приложение к заявке
на поставку антивирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

Наименование уполномоченного органа, представившего заявку:

_____

Схемы лечения	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование)	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Лекарственная форма	Дозировка	Кратность применения лекарственного препарата (например: один раз в день, два раза в день)	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)	Примечание
Пациенты, ранее не получавшие лечение антивирусными лекарственными препаратами								
Пациенты, продолжающие ранее начатое лечение, при отсутствии медицинских показаний к изменению схемы лечения								

Схемы лечения	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование)	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Лекарственная форма	Дозировка	Кратность применения лекарственного препарата (например: один раз в день, два раза в день)	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)	Примечание
Пациенты, в отношении которых требуется изменение схемы лечения								
Пациенты, принимающие лекарственные препараты для предотвращения передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку либо для профилактики заражения								
Беременные								
Роженицы								
Новорожденные								
Пациенты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека в сочетании с вирусами гепатитов В и С, получающие лечение антивирусными лекарственными препаратами								
Пациенты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека в сочетании с вирусом гепатита В								
Пациенты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека в сочетании с вирусом гепатита С (1, 4 генотипы)								
Пациенты, инфицированные								

Схемы лечения	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование)	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Лекарственная форма	Дозировка	Кратность применения лекарственного препарата (например: один раз в день, два раза в день)	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)	Примечание
вирусом иммунодефицита человека в сочетании с вирусом гепатита С (2, 3 генотипы)								

Исполнитель _____ _____ _____

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата составления заявки: «__» _____ 20__ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «29» декабря 2017 г. № 1150н

Форма

УТВЕРЖДАЮ

_____
(руководитель органа исполнительной
власти субъекта Российской Федерации
в сфере охраны здоровья)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____
(дата)

Заявка
на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

Наименование уполномоченного органа, представившего заявку:
_____

Адрес, телефон, факс, адрес электронной почты уполномоченного органа, представившего заявку:
_____

Полное наименование организации-получателя, Ф.И.О. контактного лица, телефон:
_____

Адрес места поставки, полное наименование организации, телефон, адрес электронной почты:
_____

Период поставки с «___» _____ 20 ___ года по «___» _____ 20 ___ года

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии, группировочное или химическое наименование), лекарственная форма, дозировка	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)
1	2	3	4	5
1				

Исполнитель _____ _____ _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата составления заявки: «____» _____ 20___ г.

gost.e-ecolog.ru