Приложение 1 к порядку индивидуального обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными препаратами

Лист 1

ПРОТОКОЛ

решения врачебной комиссии медицинской организации

1. Наименование медицинской организации, подведомственной Министерству Министерству здравоохранения Московской области

|  |
| --- |
|  |
| 1.1. Номер протокола |  | 1.2. Дата протокола |  |

2. Состав комиссии:

|  |  |
| --- | --- |
| Должность | Фамилия, инициалы |
| 2.1. Председатель:Главный врач«наименование учреждения» |  |
| 2.2. Члены комиссии: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

3. Пациент

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1. Фамилия, имя, отчество |  |
| 3.2. Дата рождения | 3.3. Полис ОМС |
| 3.4. Код льготы |  |
| 3.5. Диагнозосновной |  |
| сопутствующий |  |
| осложнения |  |

4. Консультации специалистов

|  |  |
| --- | --- |
| 4.1. Консультации специалистов |  |
| 4.2. Консультация главного (окружного) внештатного специалиста по профилю (заключение-обоснование) |  |
| 4.3. Консультация клинического фармаколога (заключение-обоснование) |  |

ПРИЧИНА НЕОБХОДИМОЙ ЗАМЕНЫ РАНЕЕ НАЗНАЧЕННОГО

ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

**5. Причиной необходимой замены ранее назначенного лекарственного препарата является его неэффективность: [ ] Да**

5.1. Представлена Карта извещения о развитии неблагоприятной побочной реакции или неэффективности лекарственного средства

[ ] заполнена и информативна [ ] заполнена, не информативна

5.2. Методы, подтверждающие неэффективность ранее назначенного ранее ЛП

|  |  |
| --- | --- |
| 5.2.1. Клинические методы, (в т.ч. отсутствие положительной динамики со стороны качества жизни) |  |
| 5.2.2. Лабораторные методы |  |
| 5.2.3. Инструментальные методы |  |

5.3. Проведена консультация аллерголога

(в случаях развития лекарственной аллергии): [ ] Нет [ ] Да

|  |  |
| --- | --- |
| 5.3.1. Фамилия, инициалы аллерголога |  |
| 5.3.2. Дата консультирования |  |
| 5.3.3. Место консультирования |  |
| 5.3.4. Заключение аллерголога |  |

5.4. Представлена копия медицинской документации (амбулаторная карта/выписка), в которой зафиксирован факт неэффективности ранее назначенного ЛП:

[ ] Нет [ ] Да

**6. Причиной необходимой замены ранее назначенного лекарственного препарата является развитие неблагоприятной побочной реакции (НПР) [ ] Да**

6.1. Представлена Карта извещения о развитии неблагоприятной побочной реакции или

неэффективности лекарственного средства [ ] Нет [ ] Да

6.2. Методы, подтверждающие НПР при применении ранее назначенного ранее ЛП

|  |  |
| --- | --- |
| 6.2.1. Клинические методы |  |
| 6.2.2. Лабораторные методы |  |
| 6.2.3. Инструментальные методы |  |

**7. Причиной необходимой замены ранее назначенного лекарственного препарата является выявление генетических предикторов неэффективности или развития побочных реакций**

**[ ] Да**

7.1. Представлено официальное заключение фармакогенетического тестирования :

[ ] Нет [ ] Да

7.2. Выявленные генетические предикторы

**8. Причиной необходимой замены ранее назначенного лекарственного препарата является выявление токсических или субтерапевтический концентраций ЛП в плазме при его дозировании в соответствии с инструкцией по медицинскому применению [ ] Да**

8.1. Представлено официальное заключение об определении концентрации ЛП в

плазме: [ ] Нет [ ] Да

8.2. Результаты исследования:

|  |  |
| --- | --- |
| 8.2.1. Значение концентрации ЛП в плазме с указанием референтных значений |  |
| 8.2.2. Место проведения исследования |  |
| 8.2.3. Дата проведения исследования |  |

**9. Причиной необходимой замены ранее назначенного лекарственного препарата являются иные причины [ ] Да**

9.1 Указать иные причины

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

10. Наименование лекарственного препарата

|  |  |
| --- | --- |
| 10.1. Наименование лекарственного препарата (МНН) |  |
| 10.2. Торговое наименование (ТН) |  |
| 10.3. Дозировка, форма выпуска, пути введения |  |
| 10.4. Кратность приема в сутки |  |
| 10.5. Длительность приема лекарственного препарата | В днях | В месяцах |
| 10.6. Обоснование назначения данного лекарственного препарата |  |

11. Расчет количества препарата

11.1. Период расчета [ ] Курс приема [ ] Месяц [ ] Год

|  |  |
| --- | --- |
| 11.2. Единица измерения (таблетки, капсулы, ампулы и т.д.) |  |
| 11.3. Количество упаковок сроком на месяц (с указанием фасовки согласно ГРЛС) |  |
| 11,4. Количество упаковок препарата по клиническим (жизненным) показаниям |  |
| 11.5. Общее количество упаковок на курс приема/год |  |

11.6. Распределение количества упаковок по курсам приема по месяцам (с месяца подписания протокола)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

11.7. Аптека/аптечный пункт выдачи лекарственного препарата

12. РЕШЕНИЕ

На основании вышеизложенного просим разрешить выписку ЛП (указать торговое наименование, дозу, форму выпуска, кратность приема в сутки, пути введения, длительность приема лекарственного препарата):

по клиническим (жизненным) показаниям.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Должность | Фамилия, инициалы | Подпись |
| 2.1. Председатель: |  |  |
| 2.2. Члены комиссии: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

М.П.