

Об утверждении состава комиссии по оценке обоснованности дополнительного назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не входящих в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами для обеспечения на амбулаторном этапе лечения по жизненным показаниям граждан, проживающих в Свердловской области, за счет средств областного бюджета

Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.02.2018 № 189-п
Редакция от 06.10.2020

Приложение № 1

**СОСТАВ
КОМИССИИ ПО ОЦЕНКЕ ОБОСНОВАННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ
ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
НЕ ВХОДЯЩИХ В ПЕРЕЧНИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И
ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ
ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ,
ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЛАСТНОГО БЮДЖЕТА**

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздрава Свердловской области от 06.10.2020 № 1749-п)

Председатель комиссии:

Карлов Андрей Александрович - Министр здравоохранения Свердловской области

Заместитель председателя комиссии:

Чадова Елена Анатольевна - Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области

Члены комиссии:

Барсаева Екатерина Анатольевна - Начальник отдела организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области

Еремкин Валентин Юрьевич - Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Свердловской области

Зильбер Наталья Александровна - Начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области

Виноградов Александр Владимирович - Главный специалист отдела организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Свердловской области

Малямова Любовь Николаевна - Заместитель начальника отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области

Изможерова Надежда Владимировна - Главный внештатный специалист - клинический фармаколог Министерства здравоохранения Свердловской области

Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения Свердловской области привлекаются для участия в заседаниях комиссии для рассмотрения заявлений по профильным заболеваниям.

ЗАЯВЛЕНИЕ <*>
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА РАССМОТРЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОГО
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА, НЕ ВХОДЯЩЕГО В ЛЬГОТНЫЕ ПЕРЕЧНИ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ
ДОКУМЕНТАМИ

ШТАМП МО

от _____ 20 ____ г.

Наименование МО _____ код МО _____

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Территория места жительства пациента (город, район) _____

Дата рождения пациента	№ страхового полиса	СНИЛС	Код категории льготы

Наименование лекарственного препарата

Международное непатентованное наименование лекарственного препарата	
Торговое наименование лекарственного препарата (при наличии карты-извещения о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции на ранее назначенный лекарственный препарат)	
Форма выпуска (ед. изм.)	
Путь введения	
Разовая доза (ед. изм.)	
Суточная доза (ед. изм.)	
Месячная доза (ед. изм.)	
Курсовая доза (ед. изм., упаковка)	
Длительность курса (дни)	

ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. Клинический диагноз (основной, сопутствующие заболевания, осложнения), код МКБ, крупные операции, год постановки/проведения, показатели мониторинга динамики (ПМД) патологии - 3-х лет

* показатель непереносимости подтверждается приложением копий карты-извещения о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции на ранее назначенный лекарственный препарат, зарегистрированной в Региональном центре мониторинга безопасности лекарственных средств Министерства здравоохранения Свердловской области.

3. Коррекция фармакотерапии на плановый период в случае введения дополнительных ЛП, коррекции ТН, коррекция введения текущей терапии

№ п/п	Показания (№ раз. 1)	МНН (ТН) форма выпуска, дозировка	Режим введения, доза, кратность, длительность, путь	мес./год д начала	мес./год переоценки **	Ориентировочная стоимость курса до переоценки
1						
2						
3						
ИТОГО:						

** период, после которого производится переоценка фармакотерапии, не более 6 месяцев

Ф.И.О. лечащего врача _____

Ф.И.О. зав. поликлиническим отделением (поликлиникой) _____

Контактный телефон в МО _____ М.П. МО _____

Наименование ТО _____

Ф.И.О. эксперта ТО _____

<*> Все графы обязательны к заполнению.

Приложение № 3
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 12 февраля 2018 г. № 189-п

Утверждаю:
Министр здравоохранения
Свердловской области

_____ Цветков А.И.
от _____ 20__ г.

ПРОТОКОЛ № _____ от _____ 20__ г.
рассмотрения заявлений Комиссией по оценке обоснованности
назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных
препаратов, не входящих в перечни, утвержденные
федеральными и областными нормативными актами

Состав Комиссии: _____

Секретарь Комиссии: _____

Повестка дня:

1. Рассмотрение поступивших заявлений

№ п/п	Наименование ЛПУ	код Медицинской организации	№ страхового полиса пациента	№ СНИЛС	Код категории льготности пациента	Ф.И.О.	Наименование ЛС МНН	Форма выпуска и дозировка ЛС	Дата рождения	Курсовая доза (амп., табл., др. и т.д.)		Количество доз в упаковке	Количество упаковок на весь курс	Решение Комиссии (разрешение/отказ)	Даты разрешения (от, до)	
										на 1 мес .	на разрешенный курс лечения				от	до

<*> для закупа и отпуска из аптечных организаций дробное количество упаковок округляется до целой упаковки в большую сторону

Члены Комиссии:

Секретарь Комиссии:

Приложение № 4
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 12 февраля 2018 г. № 189-п

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ГЛАВНОГО ШТАТНОГО (ВНЕШТАТНОГО) СПЕЦИАЛИСТА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (ЛП),
НЕ ВХОДЯЩЕГО В ПЕРЕЧНИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ
И ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ <*>

Фамилия, имя, отчество пациента и/или номер заявления _____

Клинический диагноз (основной, сопутствующие заболевания, осложнения) _____

Наличие клинического диагноза в **перечне** категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП, отпускаются бесплатно, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 (нужное подчеркнуть): **включен/отсутствует**

Наименование ЛП (МНН) _____

Форма выпуска, ед. изм. _____

Цель назначения (нужное подчеркнуть): базисная/вспомогательная и (или) дополнительная терапия

Соответствие показаний к применению ЛП диагнозу согласно инструкции по медицинскому применению (нужное подчеркнуть): **соответствует/не соответствует**

Противопоказания по возрасту: наличие _____
до _____ лет/отсутствие (нужное подчеркнуть).

Наличие в стандартах медицинской помощи на амбулаторном этапе лечения _____

(указать приказ Минздравсоцразвития РФ/Минздрава РФ)

Уровень доказательства эффективности при указанном диагнозе _____

Анализ данных о предшествующем применении ЛП из утвержденных федеральными и областными нормативными правовыми актами льготных перечней для лечения данного заболевания в максимальных суточных дозировках и проявлениях их неэффективности и (или) непереносимости _____

Возможности льготных перечней (нужное подчеркнуть): не использованы/исчерпаны

Указать используемые для лечения ЛП (входящие в утвержденный перечень для льготного применения) с показателями характеризующими отсутствие терапевтического эффекта или наличие побочных эффектов _____

Коррекция фармакотерапии на плановый период в случае введения дополнительных ЛП, коррекции ТН, коррекция введения текущей терапии

№ п/п	Показания (№ раз. 1)	МНН (ТН) форма выпуска, дозировка	Режим введения, доза, кратность, длительность, путь	мес./год начала	мес./год переоценки **	Ориентировочная стоимость курса до переоценки
1						
2						
3						
ИТОГО:						

**** период, после которого производится переоценка фармакотерапии, не более 6 месяцев**

Данные по расчету потребности в ЛП/:

Наименование лекарственного препарата (МНН) / _____

форма выпуска, ед. изм. _____

Разовая доза _____

Суточная доза _____

Месячная доза _____

Курсовая доза _____

Длительность курса (дни) _____

Планируемые даты применения: от _____ до _____

Примерная стоимость курса лечения на 1 месяц (руб.) _____

Дата _____ Ф.И.О., должность, подпись _____
(главного внештатного специалиста)

Дата _____ Ф.И.О., должность, подпись _____
(главного штатного специалиста)

<*> Все графы обязательны к заполнению.
