

Об утверждении формы заявки на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей

Приказ · № 18н · от 22.01.2019 · Министерство здравоохранения · Утратил силу

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

22 января 2019 г. № 18н

Об утверждении формы заявки на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей

Зарегистрирован Минюстом России 14 февраля 2019 г.

Регистрационный № 53779

В соответствии с пунктом 5 Правил организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 1416 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 49, ст. 7620) приказываю:

1. Утвердить форму заявки на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (далее - заявка), согласно приложению.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2016 г. № 574н "О форме заявки на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2016 г., регистрационный № 43362).

Министр В.И.Скворцова

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 22 января 2019 г. № 18н

Форма

Заявка

на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей

Заявка на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения лиц
больных _____

(заболевание, состояние)

_____ на период с _____ по _____ 20__ года

(наименование субъекта Российской Федерации) (месяц) (месяц)

№

п/пМеждународное непатентованное наименование, лекарственная форма, дозировкаЕдиница измеренияЧисленность лиц, нуждающихся в лекарственном препарате (из числа включенных в Федеральный

регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей) по состоянию на

"__" ____ 20__ г.Планируемый остаток лекарственного препарата на 1 января следующего

календарного годаПланируемая потребность в лекарственном препарате на следующий

календарный год и I квартал следующего

за ним календарного годаИтоговая потребность в лекарственном препарате на 1 января следующего

календарного года без учета планируемого остатка лекарственного препарата

1234567

Руководитель органа государственной власти
субъекта Российской Федерации в сфере

охраны здоровья _____

(подпись) (расшифровка подписи)

МП

Исполнитель _____

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Дата составления заявки: "__" _____ 20__ г.