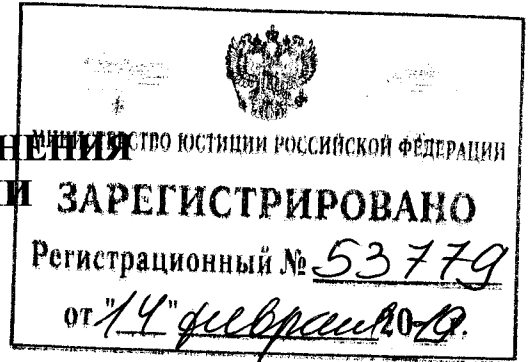




**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)



П Р И К А З

22 января 2019г.

№ 18н

Москва

**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**

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) **п р и к а з ы в а ю:**

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» Июля 2019 г. № 184

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

(месяц)

(месяц)

(наименование субъекта Российской Федерации)

№ п/п	Международное непатентованное наименование, лекарственная форма, дозировка	Единица измерения	Численность 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 года	Планируемая потребность в лекарственном препарате на следующий год календарный год и I квартал следующего за ним календарного года	Итоговая потребность в лекарственном препарате на 1 января следующего календарного года без учета планируемого остатка лекарственного препарата
1	2	3	4	5	6	7

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.