

Приложение 10
к методическим рекомендациям
по диспансерному наблюдению
пациентов с установленным
диагнозом «ВИЧ-инфекция»

Бланк медицинской организации

Для служебного пользования

От _____ 20 ____ г. исх. № _____

Заявка на препараты

№ п.п.	Рег. номер	Ф.И.О. пациента	СНИЛС	Вес/рост	Схема	Название, форма выпуска	Заказываемое количество	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Срок рассмотрения заявки – 5 рабочих дней. Заявка направляется по электронной почте aids@aids38.ru или передается в приемную

- Ст. 2. - указывается регистрационный номер пациента по Иркутской области
Ст. 3 - указывается Ф.И.О. пациента полностью
Ст. 4 - указывается СНИЛС пациента, согласно страховому свидетельству государственного пенсионного страхования – 11 знаков
Ст. 5 - указывается вес (кг) и рост (см) пациента
Ст. 6 - указываются все препараты, получаемые пациентом согласно назначенной схеме лечения
Ст. 7 - указывается название, форма выпуска и дозировка антиретровирусного препарата
Ст. 8 - указывается заказываемое количество препарата во фл., уп. и т.д. Если препарат согласно схеме лечения имеется в наличии в достаточном количестве для лечения пациента на срок до следующей заявки - напротив препарата ставится «имеется»
Ст. 9 - указывается цель – ВААРТ, ППМР и др.

Руководитель медицинской организации _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

Ответственное лицо за составление заявки _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

Контактный телефон _____