Приложение 3

РАСПИСКА В ПОЛУЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (2 экз)

на основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 5 сентября 2019 г. № 1986-р

|  |  |
| --- | --- |
| Международное непатентованное наименование  |  |
|  |  |  |  |  |
| Лекарственная форма |  |
|  |  |  |  |  |
| Количество упаковок |  |

**ВЫДАНО**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации/аптечной организации |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Код медицинской организации/аптечной организации (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  Штамп организации |
| Кем выдан | Фамилия |  |
|  | Имя |  |
|  | Отчество (при наличии)  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г |
|  | Подпись выдавшего |  |

**ПОЛУЧИЛ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия  |  |  | Адрес фактического проживания |
| Имя |  |  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Паспорт  | серия  |  |  |  |  | номер |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Дата выдачи |  | Кем выдан |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. |
|  | Подпись получателя |  |  |  |  |  |

Особые указания

**Особые указания**

* Во время лечения ребенок должен находиться под наблюдением врача.
* Полученный препарат следует давать ребенку в строгом соответствии с протоколом федерального консилиума, хранить в соответствии с инструкцией.

**Предупрежден, что**

* Контроль качества препарата на территории Российской Федерации не осуществлялся.
* Препарат запрещается передавать/продавать другим лицам, иначе возможно привлечение к административной либо уголовной ответственности.
* При возникновении остатка препарата его следует возвратить в ту организацию, которая его выдала.
* О случаях возникновения нежелательных реакций, а также при неэффективности лечения необходимо сообщать своему лечащему врачу (участковому педиатру, невропатологу). Также
можно направить указанную информацию, заполнив форму обращения на сайте Росздравнадзора (<http://www.roszdravnadzor.ru/services/people>) или по почтовому адресу: 109074, г. Москва, Славянская площадь д. 4, строение 1.
* При перевозке полученного препарата, например, при выезде на дачу, следует иметь при себе либо заключение врачебной комиссии, либо протокол федерального консилиума, либо данную расписку
* Препарат выдается на срок до 3-х месяцев. Через 2,5 месяца после получения препарата следует обратиться к своему лечащему врачу и сообщить о необходимости получения препарата
на следующие 3 месяца. Врач передаст эту информацию в орган управления здравоохранением региона, и Вас заблаговременно известят о месте и времени бесплатной выдачи препаратов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| С информацией ознакомлен |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Подпись получателя | Ф.И.О. Получателя |