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 | |