**Кому** …………………………………………………………………………………………………………………..

(наименование учреждения)

………………………………………………………………………………………………………………………….

(должность)

…………………………………………………………………………………………………………………………..

(ФИО)

**От**……………………………………………………………………………………………………………......................

(ФИО)

**Проживающей/го по адресу:**

…………………………………………………………………………………………………………………................

………………………….…………………………………………………………………………………………………

**тел.:**………………………………………………………………

**E-mail:**…………………………………………………………

**Заявление о проведении врачебной комиссии**

Гр.................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(Указать: ФИО, год рождения - пациента)

имею/ет врожденное хроническое заболевание **Наследственный ангионевротический отёк – Дефект в системе комплемента** (код по МКБ-10 D84.1), включенное в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний , приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, утвержденный постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 в соответствии со ст. 44 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На основании выписки/заключения из истории болезни/решения врачебной комиссии:

«…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………»

Мне/моему ребенку (нужное подчеркнуть) рекомендована терапия:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(наименование препаратов)

**Препараты являются жизненно необходимыми и замене не подлежат**.

Порядок обеспечения граждан, страдающих редкими (орфанными) жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими заболеваниями, регламентирован Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Так, ч.15. ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации закреплено, что: «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Именно врачебная комиссия, на основании п.4.7. Приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» наделена правом принятия решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям).

На основании изложенного выше, **ПРОШУ ВАС:**

1. Провести **Врачебную Комиссию** для индивидуальной закупки лекарственных средств и выдать мне на руки копию протокола **ВК** (на основании п.18 Приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н).
2. Принять необходимые меры и обеспечить меня/моего ребенка (нужное подчеркнуть)

жизненно необходимыми лекарственными препаратами …………………………………………

..........................................................................................................................................................................................в полном объеме. (наименование препаратов)

1. В связи с тяжестью заболевания и непредсказуемостью возникновения отеков прошу рассмотреть заявление в течении 5 рабочих дней.

**Подпись принявшего лица:**…………………………………………… ….

**Расшифровка подписи:**……………………………………………

**(должность и ФИО)**

**Дата принятия заявления: «**…………….**»** …………………………………………….. **20**……**год.**

Приложения:

1. Копия выписки/заключения из истории болезни.

2. Копия паспорта пациента (законного представителя).

3. Копия свидетельства о рождении (при необходимости).

«…………» …………………………………….20…года Подпись:………………………