**Руководителю ГБУЗ №**

**от ФИО**

**зарегистрированного(ой) по адресу:**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 20\_\_\_\_\_ года мне установлен основной диагноз «Дефект в системе комплемента», запись внесена в региональный сегмент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(регион).

По назначению врача был выдан препарат «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» который я использовал(а) и \_\_\_\_\_\_\_\_(дата) произошла нежелательная реакция, что подтверждается (вызов скорой медицинской помощи/обращение в медицинскую организацию и.т.д.).

Прошу оформить Бланк извещения о нежелательной реакции/индивидуальной непереносимости/отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название) у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), согласно Приказу Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора».

Обращаем внимание: за несообщение или сокрытие информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ, должностные лица, которым эта информация стала известна по роду их профессиональной деятельности, несут уголовную и административную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В связи с вышеизложенным, прошу провести Врачебную комиссию с определением лекарственного препарата по торговому наименованию «\_\_\_\_\_\_\_» на основании п. 4.7 - 4.8 Приказа Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Информацию о внесении сведений о нежелательной реакции/индивидуальной непереносимости/отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу предоставить по следующему адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в письменном виде в установленные законом сроки (30 дней).

**Приложение:**

Копия назначений/использованной тары и упаковки

дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_