ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

«05» 12 2018 № 2115

О передаче противотуберкулезных препаратов и антибактериальных препаратов резерва для оказания медицинской помощи больным туберкулезом на амбулаторном этапе лечения

В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, ст. 15 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (в ред. от 05.06.2017), с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», с целью организации обеспечения непрерывного контролируемого лечения больных туберкулезом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, на амбулаторном этапе лечения,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:
1.1. порядок передачи в медицинские организации, имеющие в составе фтизиатрические кабинеты, противотуберкулезных и антибактериальные препаратов резерва для оказания медицинской помощи больным туберкулезом на амбулаторном этапе лечения (Приложение 1);
1.2. список медицинских организаций, имеющих в составе фтизиатрические кабинеты (Приложение 2).
2. Главным врачам ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр» (далее ГБУЗ КО КОКФПМЦ) и ГКУЗ КО «Новокузнецкий клинический противотуберкулезный диспансер» (далее ГКУЗ КО НКПТД) И.Ю. Осинцевой, ГБУЗ КО «Прокопьевский противотуберкулезный диспансер» (далее ГБУЗ КО ППТД) Г.Л. Никотиной обеспечить:

2.1. организационно-методическую помощь медицинским организациям в организации обеспечения контролируемого лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях по месту жительства и лечения пациента;
2.2. распределение и выдачу противотуберкулезных и антибактериальных препаратов резерва для обеспечения лечения пациентов в амбулаторных условиях на базе медицинских организаций, имеющих в составе фтизиатрические кабинеты.
3. Руководителям медицинских организаций, имеющих в составе фтизиатрические кабинеты:
3.1. организовать лечение больных туберкулёзом в соответствии с решением врачебных комиссий ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ПТД;
3.2. обеспечить своевременное предоставление заявки и получение противотуберкулезных и антибактериальных препаратов резерва для лечения туберкулёза (Приложение 3);
3.3. обеспечить учет, хранение и отпуск противотуберкулёзных и антибактериальных препаратов резерва для лечения больных туберкулёзом в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
3.4. обеспечить ежемесячное предоставление отчета о получении и расходовании противотуберкулезных и антибактериальных препаратов резерва для лечения туберкулеза в соответствии с формой согласно приложению 4 настоящего приказа в ОМО ГБУЗ КО КОКФПМЦ, в соответствии с формой 5 настоящего приказа в аптеку ГБУЗ КО КОКФПМЦ в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным.
4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента О.Е. Абросову, и.о. начальника отдела М.Б. Блазаренко.

И.о. начальника департамента О.Е. Абросова

ДЛЯ ПРИКАЗОВ

КОПИЯ ВЕРНА

Приложение № 1
к приказу ДОЗН КО от «05» 12 2018 № 2115

Порядок
передачи противотуберкулезных и антибактериальных препаратов для оказания медицинской помощи больным туберкулезом на амбулаторном этапе лечения

Противотуберкулезные и антибактериальные препараты (далее ПТП и АБП), находящиеся в резерве в аптеках ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД, подлежат передаче в медицинские организации Кемеровской области в случае перевода больного на контролируемый прием ПТП и АБП в амбулаторных условиях по месту жительства больного.

Для осуществления отпуска ПТП и АБП, медицинские организации Кемеровской области, имеющие в составе фтизиатрические кабинеты (далее МО) ежемесячно до 1 числа месяца, следующего за отчетным, предоставляют в ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД Заявки, согласно форме Приложения 3 настоящего приказа.

ПТП и АБП резерва выдаются в количестве, необходимом для проведения лечения в течение месяца.

Отпуск ПТП и АБП для лечения в амбулаторных условиях из аптек ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД производится по накладным на отпуск материалов на сторону (ф - 0504205), в соответствии с Заявкой медицинской организации в срок 3-5 дней после получения Заявки.

Накладные на отпуск материалов на сторону на получение ПТП и АБП должны иметь штамп, круглую печать медицинской организации, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части. В накладных указывается номер, дата составления документа, отправитель и получатель противотуберкулезных и антибактериальных препаратов, номер медицинской карты, полное наименование ПТП и АБП с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество и стоимость отпущенных ПТП и АБП. Наименования препаратов пишутся на латинском языке.

Накладные на отпуск материалов на сторону выписываются в трех экземплярах. Первый экземпляр остается в аптеках ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД, второй возвращается материально ответственному лицу при отпуске противотуберкулезных препаратов резерва, третий передается в бухгалтерии ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД.

Материально-ответственное лицо медицинской организации расписывается в накладных на отпуск материалов на сторону за получение ПТП и АБП, ответственное лицо аптеки за отпуск препаратов, расписывается за выдачу ПТП и АБП.

Информация о документах, подтверждающих качество препаратов, предоставляется ответственным лицом аптеки по требованию МО.

Для получения ПТП и АБП из аптек ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД, назначенные руководителем ответственные лица МО предоставляют в ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД доверенности, подписанные руководителем и главным бухгалтером МО.

На основании оформленных и подписанных накладных, бухгалтериями ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД формируются Извещения в двух экземплярах, с указанием номера и даты Извещения, наименования медицинской организации Кемеровской области (отправителя и получателя), суммы, на которую отпущены передаваемые препараты, номера счетов по дебету и кредиту медицинской организации отправителя с подписями руководителя и главного бухгалтера медицинской организации отправителя.

Один экземпляр Извещения подлежит обязательной последующей пересылке в ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД в срок 10 дней с момента получения с указанием номера счета по дебету и кредиту медицинской организации Кемеровской области получателя, подписями руководителя и главного бухгалтера медицинской организации Кемеровской области получателя, что свидетельствует о постановке полученных препаратов на учет.

Полученные в аптеках ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД противотуберкулезные и антибактериальные препараты подлежат бюджетному учету в МО Кемеровской области в соответствии с учетной политикой медицинской организации.

Хранение переданных ПТП и АБП организуется в соответствии с требованиями, указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя. При осуществлении хранения ПТП и АБП должны соблюдаться обязательные требования, установленные в государственных стандартах, санитарных, противопожарных нормах и правилах и других нормативных документах

Ответственность за соблюдение правил хранения передаваемых препаратов возлагается на руководителя медицинской организации или ответственное лицо, назначенное руководителем медицинской организации.

Контроль за соблюдением правил хранения и использования ПТП и АБП, передаваемых в медицинские организации Кемеровской области, осуществляется специалистами ГБУЗ КО КОКФПМЦ, ГКУЗ КО НКПТД, ГБУЗ КО ППТД.

Расход и списание передаваемых ПТП и АБП осуществляется на основании записи ответственного лица в карте ТБ-01 и медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях с учетом суточной дозировки и сроков лечения.

Приложение № 2
к приказу ДОЗН КО от «05» 12 2018 № 1115

Список медицинских организаций, имеющих в составе фтизиатрические кабинеты

№	Наименование городов и районов	Наименования медицинской организации
1.	г. Берёзовский	ГБУЗ КО «Березовская городская больница»
3.	г. Мыски	ГБУЗ КО «Мысковская городская больница»
4.	г. Полысаево	ГБУЗ КО «Полысаевская городская больница»
5.	г. Тайга	НУЗ «Узловая больница на ст.Тайга» (по согласованию)
6.	Гурьевский р-н	ГБУЗ КО «Гурьевская районная больница»
7.	Ижморский р-н	ГБУЗ КО «Ижморская районная больница»
8.	Кемеровский р-н	ГБУЗ КО «Кемеровская районная больница»
9.	Крапивинский р-н	ГБУЗ КО «Крапивинская районная больница»
10.	Л-Кузнецкий р-н	ГБУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая районная больница»
11.	Мариинский район	ГБУЗ КО «Мариинская городская больница»
12.	Новокузнецкий р-н	ГБУЗ КО «Новокузнецкая районная больница»
13.	Промышленновский р-н	ГБУЗ КО «Промышленновская районная больница»

14.	Тисульский р-н	ГБУЗ КО «Тисульская районная больница»
15.	Топкинский р-н	ГБУЗ КО «Топкинская районная больница»
16.	Тяжинский р-н	ГБУЗ КО «Тяжинская районная больница»
17.	Чебулинский р-н	ГБУЗ КО «Чебулинская районная больница»
18.	Юргинский р-н	ГБУЗ КО «Юргинская районная больница»
19.	Яйский р-н	ГБУЗ КО «Яйская районная больница»
20.	Яшкинский р-н	ГБУЗ КО «Яшкинская районная больница»

Приложение № 3
к приказу ДОЗН КО от «05» 12 2018 № 2115

Штамп Медицинской организации

Сводная заявка
на получение противотуберкулезных и антибактериальных препаратов

_____

(заказывающая медицинская организация)

На _____
(месяц)

№ п/п	Международное непатентованное наименование препарата	Форма выпуска, дозировка	Количество затребованного препарата, в упаковках	Количество пациентов
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Ответственное лицо _____ _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

Руководитель МО _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П. «____»_____20__г.

Заявка
на получение противотуберкулезных и антибактериальных препаратов
для лечения туберкулеза

_____

ФИО больного, год рождения

_____

номер истории болезни

№ п/п	Международное непатентованное наименование препарата	Суточная доза, в гр. активного вещества	Период лечения	Количество затребованного препарата в гр. активного вещества
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Ответственное лицо _____ _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

«____»_____20__г.

Приложение № 4
к приказу ДОЗН КО от «05» 12. 2018 № 2115

Штамп Медицинской организации

Отчет в ОМО ГБУЗ КО КОКФПМЦ
о движении противотуберкулезных и антибактериальных препаратов для лечения туберкулеза

за _____ 20__года
(отчетный месяц, квартал)

В _____
(наименование медицинской организации)

1._____
(указание структурного подразделения медицинской организации, ФАП и др.)

Ф.И.О	Наименование лекарственного препарата*	Количество лекарственного препарата на начало месяца	Количество полученного лекарственного препарата	Количество выданного лекарственного препарата	Остаток на конец месяца	Срок годности лекарственного препарата

*Примечание: в графе «наименование препарата» указывается торговое название противотуберкулезных препаратов для лечения и диагностики туберкулеза, который медицинская организация получила.

Руководитель_____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П. дата «____»_____20__г.

Приложение № 5

к приказу ДОЗН КО от «05» 12. 2018 № 2115

Отчет о движении противотуберкулезных и антибактериальных препаратов

Информация по обеспечению противотуберкулезными и антибактериальными препаратами

Территория _____

за _____ 20 г. Дата отправки информации _____

Информация предоставляется в аптеку ГБУЗ КО КОКФПМЦ ежемесячно до 1 числа последующего месяца

№ п/п	Наименование препарата	Форма выпуска, дозировка	Срок годности	Серия	Цена за ед.	**Федеральный бюджет**					
						Приход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Расход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Остаток на конец отчетного периода, уп.	Сумма, в рублях
1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	
1											

№ п/п	Наименование препарата	Форма выпуска, дозировка	Срок годности	Серия	Цена за ед.	**Бюджет субъекта федерации, (областная целевая программа)**					
						Приход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Расход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Остаток на конец отчетного периода, уп.	Сумма, в рублях
1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	

№ п/п	Наименование препарата	Форма выпуска, дозировка	Срок годности	Серия	Цена за ед.	**Бюджет субъекта федерации, (текущее финансирование МО)**					
						Приход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Расход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Остаток на конец отчетного периода, уп.	Сумма, в рублях
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**		**10**	
1											

№ п/п	Наименование препарата	Форма выпуска, дозировка	Срок годности	Серия	Цена за ед.	**Прочие источники**					
						Приход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Расход за отчетный период, уп.	Сумма, в рублях	Остаток на конец отчетного периода, уп.	Сумма, в рублях
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**		**10**	
1											

Ответственное лицо _____ _____
(Ф.И.О., должность) (подпись)

Руководитель МО _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

МП

дата «_____»_____ 20___ г.