



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

«04» 08 2008 г.

№ 1610

г. Краснодар

О порядке ведения регионального сегмента Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в Краснодарском крае

На основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 апреля 2008 года № 162н «О порядке ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей», от 03.06.2008 № 255н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 апреля 2008 № 162н «О порядке ведения федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей») п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

- Порядок ведения регионального сегмента Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей согласно приложению № 1;

- форму № 01 - ФР «Направления на включение (внесение изменений) в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 2;

- форму № 02 - ФР «Извещение об исключении из Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 3;

- форму № 03 - ФР «Журнал учета выдачи направлений на включение в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным

нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей и выдачи извещений об исключении из него» согласно приложению № 4;

- форму № 04 - ФР «Сведения о лекарственных средствах, отпущенных больным гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей аптечным учреждением» согласно приложению № 5;

- форму № 05 - ФР «Сведения, передаваемые Минздравсоцразвития России для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 6;

- инструкцию по заполнению формы № 05 - ФР «Сведения, передаваемые Минздравсоцразвития России для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 7;

- форму № 06 - ФР «Сведения о выписке и отпуске лекарственных средств за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые Минздравсоцразвития России для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 8;

- инструкцию по заполнению формы № 06 - ФР «Сведения о выписке и отпуске лекарственных средств за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые Минздравсоцразвития России для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 9;

- форму № 07 - ФР «Отчет о ведении Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» согласно приложению № 10.

2. Начальнику государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» департамента здравоохранения Краснодарского края (далее – ГУЗ МИАЦ) Рубцовой И.Т.:

осуществлять ведение и передачу в Минздравсоцразвития России электронной базы данных пациентов включенных в региональный сегмент федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей;

3. Главному внештатному специалисту по информатике департамента здравоохранения Краснодарского края Шмыгленко А.Н. организовать

разработку проекта нормативного акта предусматривающего внесения соответствующих изменений во Временный порядок информационного взаимодействия между участниками лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан при обязательном медицинском страховании на территории Краснодарского края утвержденный приказом департаментом здравоохранения Краснодарского края и Краснодарским территориальным фондом обязательного медицинского страхования 22 февраля 2007 г. № 111-ОД/34-П «Об организации информационного взаимодействия по обеспечению необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан на территории Краснодарского края».

4. Контроль за выполнением приказа возложить на первого заместителя руководителя департамента здравоохранения Е.Н.Редько.

Руководитель департамента

С.Н.Алексеевко

Приложение № 1
к приказу департамента
здравоохранения Краснодарского
края
от «04» 08 2008 № 1610

**Порядок ведения
Регионального сегмента Федерального регистра больных гемофилией,
муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше,
миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации
органов и (или) тканей**

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок разработан на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.04.2008 № 162н (в редакции приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.06.2008 № 255н) и регулирует ведение в Краснодарском крае регионального сегмента Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее - Регистр).

2. Федеральный регистр является государственным информационным ресурсом, функции оператора которого осуществляет Минздравсоцразвития России с использованием информационных технологий в целях учета лиц, имеющих право на дополнительные меры государственной социальной поддержки, и реализации права в соответствии со статьей 56.2 Федерального закона от 19 декабря 2006 года № 238-ФЗ «О федеральном бюджете на 2007 год» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 52, ст. 5504; 2007, № 21, ст. 2460; № 30, ст. 3746; № 48, ст. 5811).

3. Регистр ведется по сведениям, предоставляемым государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения Краснодарского края (далее - учреждения здравоохранения) в целях учета граждан, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее - больные), при обеспечении лекарственными средствами, а также для эффективного планирования и расходования финансовых средств, направляемых на закупку лекарственных средств, предназначенных для лечения больных.

4. Всеми учреждениями здравоохранения, аптечными учреждениями, осуществляющие отпуск лекарственных средств обеспечивается конфиденциальность и безопасность информации о больных, которая в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31 (I ч.), ст. 3451) относится к персональным данным граждан (физических лиц).

II. Состав сведений, включенных в Регистр

5. Регистр содержит следующие сведения о больном:

- а) уникальный номер регистрационной записи;
- б) страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования;
- в) фамилия, имя, отчество;
- г) дата рождения;
- д) пол;
- е) адрес;
- ж) серия, номер документа, удостоверяющего личность, а также информация о том, кем и когда выдан указанный документ;
- з) сведения о направлении на включение (внесение изменений) в Регистр, с информацией о включении в заявку субъекта Российской Федерации, принятую Минздравсоцразвития России для централизованной закупки лекарственных средств;
- и) сведения об исключении из Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей;
- к) сведения о заболевании, в том числе код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) (далее - МКБ-10);
- л) серия и номер полиса обязательного медицинского страхования;
- м) сведения о включении больного в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817) за счет средств федерального бюджета;
- н) сведения о включении больного в число лиц, имеющих право на льготное и бесплатное обеспечение лекарственными средствами, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, № 15, ст. 1791; 1995, № 29, ст. 2806; 1998, № 1, ст. 133; 1998, № 32, ст. 3917; 1999, № 14, ст. 1724; № 15, ст. 1824; 2000, № 39, ст. 3880; 2001, № 47, ст. 4448; 2002, № 7, ст. 699) и нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;
- о) сведения о выписке лекарственных средств;
- п) сведения об отпуске лекарственных средств.

III. Порядок предоставления учреждениями здравоохранения и аптечными учреждениями, осуществляющими отпуск лекарственных средств, сведений, необходимых для формирования и ведения Регистра

6. Учреждения здравоохранения для пациентов, которым впервые устанавливается диагноз гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, а также после трансплантации органов и (или) тканей необходимо в **кратчайшие сроки** подтвердить диагноз у профильного внештатного специалиста департамента здравоохранения Краснодарского края (приказ департамента здравоохранения от 29.12.2007 № 1042 «Об обеспечении лекарственными средствами больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей») и затем направить в ГУЗ «МИАЦ» на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации **направление** на включение больных в Регистр по форме согласно приложению № 2 не позднее трех дней с момента его обращения в учреждение здравоохранения.

7. Учреждения здравоохранения направляют на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации **извещение** в ГУЗ «МИАЦ» об исключении из Регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей по форме согласно приложению № 3 после согласования с профильным специалистом департамента здравоохранения Краснодарского края.

8. Выдаваемые учреждениями здравоохранения направления на включение (внесение изменений) в Регистр, а также извещения об исключении из него учитываются в журнале, форма которого предусмотрена приложением № 4.

Журнал заполняется специалистами учреждения здравоохранения, список которых утверждается приказом руководителя учреждения здравоохранения.

9. Аптечные учреждения, осуществляющие отпуск лекарственных средств, направляют в ГУЗ «МИАЦ» и на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации сведения о лекарственных средствах, отпущенных больным, по формам согласно приложению № 5 с использованием кодов, предусмотренных приложением к настоящему Порядку, не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным.

IV. Порядок предоставления департаментом здравоохранения Краснодарского края сведений, необходимых для формирования и ведения Федерального регистра

10. ГУЗ «МИАЦ» на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации направляет сведения о больных по форме согласно приложениям № 6, № 7 и сведения о выписке лекарственных средств по форме согласно приложениям № 8, № 9 с использованием кодов, предусмотренных приложением к Порядку ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04 апреля 2008 года № 162 н (прилагается) не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным.

V. Лингвистические, организационные, технологические требования к программным средствам, которые обеспечивают ведение Регистра

11. Регистр ведется на государственном языке Российской Федерации.

12. В целях защиты сведений о больных, включенных в Регистр, Департамент здравоохранения Краснодарского края, учреждения здравоохранения и аптечные учреждения, осуществляющие отпуск лекарственных средств должны обеспечить:

- а) применение средств антивирусной защиты;
- б) ведение электронных журналов учета выполненных операций;
- в) ограничение доступа к техническим средствам;
- г) ежедневное копирование на резервный носитель содержащейся в информационной системе информации, обеспечивающее возможность ее восстановления;
- д) контроль за целостностью сведений о больном и их защиту от несанкционированного изменения или уничтожения.

13. Информационная система должна обеспечивать:

- а) бесперебойную работу по ведению Регистра, защиту информационных ресурсов от взлома и несанкционированного доступа, разграничение прав пользователей, сохранение истории изменений при обновлении регистровой записи;
- б) осуществление поиска сведений о больных согласно приложениям № 6, 8, консолидацию регистровых записей и формирование обобщенных сведений о больных.

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение
к Порядку ведения
Федерального регистра больных
гемофилией, муковисцидозом,
гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше,
миелолейкозом, рассеянным склерозом,
а также после трансплантации
органов и (или) тканей,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 4 апреля 2008 года № 162 н

Коды лекарственных средств, установленные в соответствии с разделами
централизованнокупаемых за счет средств федерального бюджета
лекарственных средств, предназначенных для лечения больных гемофилией,
муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом,
рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей,
утвержденного распоряжением правительства Российской Федерации от 2
октября 2007 года № 1328 <*>

Код	Название лекарственного средства:
1.1	Октоког альфа
1.2	Фактор свертывания VIII
1.3	Фактор свертывания IX
1.4	Эптаког альфа (активированный)
2.1	Дорназа альфа
3.1	Соматропин
4.1	Имиглюцераза
5.1	Бортезомиб
5.2	Иматиниб
5.3	Ритуксимаб
5.4	Флударабин
6.1	Глатирамера ацетат
6.2	Интерферон бета-1а
6.3	Интерферон бета-1б
7.1	Микофеноловая кислота
7.2	Микофенолата мофетил
7.3	Такролимус
7.4	Циклоспорин

<*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 42, ст. 5063.

средствами в соответствии с постановлением Правительства
(указать)

Российской Федерации от 30 июля 1994 г. N 890:

12. Обоснование направления: _____

Врач, выдавший направление: _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Код врача:

--	--	--

телефон: _____

Заведующий отделением: _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Руководитель: _____

(Фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата: число

--	--

месяц

--	--

год

--	--	--	--

М.П.

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение № 4
к приказу департамента здравоохранения
Краснодарского края
от «04» 08 2008 № 1610

Форма N 03-ФР

Журнал

учета выдачи направлений на включение (внесение изменений) в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей и выдачи извещений об исключении из него <*>

(наименование учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации, муниципального учреждения здравоохранения, учреждений здравоохранения, подведомственных ФМБА России)

№ п/п	Дата	Ф.И.О. больного	Выданный документ (направление или извещение)	№ направления (извещения)	Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)	Ф.И.О. врача, выдавшего направление (извещение)	Ф.И.О. регистратора, оформившего запись
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
и т.д.							

<*> Журнал прошнуровывается, нумеруется, на титульном листе отмечаются даты начала и окончания ведения журнала, заверяется подписью руководителя государственного учреждения здравоохранения Краснодарского края, муниципального учреждения здравоохранения.

Заместитель руководителя департамента

Н.Н.Карякин

и т.д.							
4. Сведения о больных с болезнью Гоше							
4.1							
4.2							
и т.д.							
5. Сведения о больных с миелолейкозом							
5.1							
5.2							
и т.д.							
6. Сведения о больных с рассеянным склерозом							
6.1							
6.2							
и т.д.							
7. Сведения о больных после трансплантации органов и (или) тканей							
7.1							
7.2							
ИТОГО							

<*> Указываются в соответствии с формой рецептов, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 12 февраля 2007 г. N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания" (зарегистрирован Минюстом России 27 апреля 2007 г. N 9364).

Итого на общую сумму (прописью) _____ (руб.) _____ коп.

Руководитель _____

 (Ф.И.О.) (подпись)

Дата: _____ 200__ г.

Заместитель руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение № 6
к приказу департамента
здравоохранения Краснодарского
края
от «04» 08 2008 № 1610

Форма N P05-ФР

Сведения,
передаваемые в департамент здравоохранения Краснодарского края для
формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией,
муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом,
рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей

Государственное учреждение здравоохранение Краснодарского края
(муниципальное учреждение здравоохранение):

№ п/п	Наименование сведений	Содержание сведений
1	Фамилия	
2	Имя	
3	Отчество	
4	Пол	
5	Дата рождения	
6	Серия и номер полиса ОМС	
7	Код территории адреса больного по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований	
8	Адрес места жительства (проживания)	
9	Наименование документа, удостоверяющего личность	
10	Серия документа, удостоверяющего личность	
11	Номер документа, удостоверяющего личность	
12	Кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность	
13	Код заболевания	
14	Код учреждения здравоохранения, направившего сведения о больном для включения (внесения изменений) в Регистр	
15	Дата включения (внесения изменений) в Регистр	
16	Дата извещения о необходимости исключения из Регистра	
17	Код учреждения здравоохранения, направившего извещение об исключении из Регистра	

18	Сведения о том, что больной учтен в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» за счет средств федерального бюджета (код категории граждан, указанный в Федеральном законе)	
19	Страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации	
20	Сведения, о том, что больной имеет право на льготное и бесплатное обеспечение лекарственными средствами в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года N 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	
21	Информация о включении больного в принятую заявку Краснодарского края для централизованной закупки лекарственных средств	
22	Уникальный номер регистрационной записи	
23	Код операции	

Руководитель

(подпись)

(Ф.И.О.)

Дата: __-____-20__ г.

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение № 7
к приказу департамента
здравоохранения Краснодарского края
от «04» 08 2008 № 1610

Инструкция

по заполнению формы № P05-ФР «Сведения, передаваемые в департамент здравоохранения Краснодарского края для формирования и ведения федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»

1. Форма № P05-ФР «Сведения, передаваемые в департамент здравоохранения Краснодарского края для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (далее - форма N P05-ФР) заполняется на каждый случай первичного обращения больных гемофилией по каждому больному муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее - больные) в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации, муниципальные учреждения здравоохранения (а при их отсутствии - в медицинские организации, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ) и в учреждения здравоохранения, подведомственные ФМБА России (далее - учреждения здравоохранения), за выпиской лекарственных средств по заключительному диагнозу, а также при внесении изменений в сведения о больном или его исключении из Регистра. Форма N P05-ФР подлежит передаче в Департамент здравоохранения Краснодарского края на бумажных носителях и в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. При заполнении формы № P05-ФР:

в строках: 1 «Фамилия», 2 «Имя», 3 «Отчество» указываются полностью фамилия, имя, отчество больного в соответствии с документом, удостоверяющим личность, запись «неизвестно» не производится;

в строке 4 «Пол» отмечается пол («М» или «Ж»);

в строке 5 «Дата рождения» указываются день, месяц и год рождения, в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 6 «Серия и номер полиса ОМС» указываются данные, содержащиеся в полисе обязательного медицинского страхования;

в строке 7 «Код территории адреса больного по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований» указывается код территории, соответствующей адресу больного;

в строке 8 «Адрес места жительства (проживания)» указывается полный почтовый адрес;

в строке 9 «Наименование документа, удостоверяющего личность» указывается документ, удостоверяющий личность, полностью на русском языке;

в строке 10 «Серия документа, удостоверяющего личность» указывается серия документа, удостоверяющего личность;

в строке 11 «Номер документа, удостоверяющего личность» указывается номер документа, удостоверяющего личность;

в строке 12 «Кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность» указывается название организации, выдавшей документ, удостоверяющий личность;

в строке 13 «Код заболевания» указывается код заболевания, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр) (далее - МКБ-10) <*>;

в строке 14 «Код учреждения здравоохранения, направившего сведения о больном для включения (внесения изменений) в Регистр» указывается основной государственный регистрационный номер (ОГРН) учреждения здравоохранения, направившего сведения о больном для включения (внесения изменений) в Регистр (по ОКПО);

в строке 15 «Дата включения (внесения изменений) в Регистр» указывается дата, когда Минздравсоцразвития России принято решение о включении (о внесении изменений) больного в Регистр (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 16 «Дата извещения о необходимости исключения из регистра» указывается дата, когда Минздравсоцразвития России принято решение об исключении больного из Регистра (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 17 «Код учреждения здравоохранения, направившего извещение об исключении из Регистра» указывается основной государственный регистрационный номер учреждения здравоохранения, направившего извещение об исключении из Регистра (по ОКПО);

в строке 18 «Сведения о том, что больной учтен в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» за счет средств федерального бюджета (код категории граждан, указанный в Федеральном законе) » указывается «да» или «нет» в соответствии со сведениями за текущий год. При отказе больного от набора социальных услуг в Регистр вносятся изменения, с соответствующей записью о внесенных изменениях;

в строке 19 «Страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации» указывается СНИЛС если указано «да» в строке 18;

в строке 20 «Сведения, о том, что больной имеет право на льготное и бесплатное обеспечение лекарственными средствами в соответствии с

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации указывается «да» или «нет» в соответствии со сведениями за текущий год. При утрате вышеуказанного права вносятся изменения с соответствующей записью о внесенных изменениях;

в строке 21 «Информация о включении больного в принятую заявку субъекта Российской Федерации для централизованной закупки лекарственных средств» указывается, включен ли больной в заявку Краснодарского края на централизованную закупку с записью «да» или «нет»;

в строке 22 «Уникальный номер регистрационной записи» указывается уникальный номер регистрационной записи, присвоенный Минздравсоцразвития России (13 цифр) (указывается при внесении изменений);

в строке 23 «Код операции» код «1» указывается при первичном обращении больного в учреждение здравоохранения; код «2» - при внесении изменений в Регистр; код «3» - при исключении больного из Регистра.

В случае отсутствия информации соответствующие поля не заполняются.

<*> Перечень кодов по МКБ-10 заболеваний,
предусмотренных статьей 56.2 Федерального закона
от 19 декабря 2006 года № 238-ФЗ

Название заболеваний	Название заболевания по МКБ-10	Код по МКБ-10
1. Миелолейкоз	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (миелолейкоз и другие гемобластозы):	(C81 - C96)
	хронический миелоидный лейкоз	C 92.1
	макроглобулинемия Вальденстрема	C 88.0
	множественная миелома	C 90.0
	фолликулярная (нодулярная) неходжкинская лимфома	C 82
	мелкоклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома	C 83.0
	мелкоклеточная с расщепленными ядрами (диффузная) неходжкинская лимфома	C 83.1
	крупноклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома	C 83.3
	иммунобластная (диффузная) неходжкинская лимфома	C 83.4
	другие типы диффузных неходжкинских лимфом	C 83.8
	диффузная неходжкинская лимфома неуточненная	C 83.9
	периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	C 84
	другие неуточненные Т-клеточные лимфомы	C 84.5
	другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	C 85
	хронический лимфоцитарный лейкоз	C 91.1

2. Муковисцидоз кистозный фиброз	E 84.0
3. Гемофилия наследственный дефицит фактора VIII	D 66.0
наследственный дефицит фактора IX	D 67.0
болезнь Виллебранда	D 68.0
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 03.06.2008 N 255н)	
4. Рассеянный рассеянный склероз	G 35.0
склероз	
5. Гипофизарный Гипопитуитаризм	E 23.0
нанизм	
6. Болезнь Гоше другие нарушения накопления липидов	E 75.5

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение № 8
к приказу департамента
здравоохранения Краснодарского края
от «04» 08 2008 № 1610

Форма № Р06-ФР

Сведения

о выписке и отпуске лекарственных средств за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые в Департамент здравоохранения Краснодарского края для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей

на _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранение Краснодарского края
(муниципальное учреждение здравоохранение):

Источник финансирования:(федеральный бюджет,
бюджет субъекта Российской Федерации) _____

№ п/п	Наименование сведений	Содержание сведений
1	Ф.И.О. больного	
2	Уникальный номер регистрационной записи	
3	Основной государственный регистрационный номер (по ОКПО) учреждения здравоохранения, выдавшего рецепт на лекарственное средство	
4	Идентификационный номер врача, выписавшего рецепт	
5	Серия и номер рецепта	
6	Дата выписки рецепта	
7	Международное непатентованное название выписанного лекарственного средства	
8	Выписанное количество доз лекарственного средства	
9	Код территории отпуска лекарственного средства по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований	

10	Основной государственный регистрационный номер аптечного учреждения, отпустившего лекарственное средство по рецепту	
11	Дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства	
12	Название отпущенного лекарственного средства	
15	Код заболевания по МКБ-10	
16	Форма выпуска лекарственного средства	
17	Доза лекарственного средства	
18	Количество доз в упаковке лекарственного средства	
19	Количество отпущенных по рецепту упаковок лекарственного средства	
20	Дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства	
21	Код операции	

Руководитель _____
(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Дата: ____ _____ 200_

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин

Приложение № 9
к приказу департамента
здравоохранения Краснодарского
края
от «04» 08 2008 № 1610

Инструкция
по заполнению формы № Р06-ФР «Сведения, о выписке и отпуске
лекарственных средств за счет федерального бюджета, бюджета субъекта
Российской Федерации, передаваемые в департамент здравоохранения
Краснодарского края для формирования и ведения федерального регистра
больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью
Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации
органов и (или) тканей»

1. Форма № Р06-ФР «Сведения о выписке и отпуске лекарственных средств за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые в Департамент здравоохранения Краснодарского края для формирования и ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей" (далее - форма № Р06-ФР) заполняется при каждом случае обращения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (далее - больные) в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации, в том числе аптечные учреждения, муниципальные учреждения здравоохранения (а при их отсутствии - в медицинские организации, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ) и в учреждения здравоохранения, подведомственные ФМБА России (далее - учреждения здравоохранения), за выпиской лекарственных средств по заключительному диагнозу и (или) получением лекарственных средств и подлежит передаче в Департамент здравоохранения Краснодарского края на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Форма № Р06-ФР заполняется специалистами учреждений здравоохранения, в части сведений о выписке рецептов, и специалистами аптечных учреждений, в части сведений о выписке и отпуске лекарственных средств, на бумажных носителях и (или) в виде электронного документа, с представлением на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам

связи, с обязательным обеспечением защиты информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. При заполнении формы № Р06-ФР:

в строке 1 «Ф.И.О. больного» указываются полностью фамилия, имя, отчество больного в соответствии с документом, удостоверяющим личность, запись «неизвестно» не производится;

в строке 2 «Уникальный номер регистрационной записи» указывается уникальный номер регистрационной записи, присвоенный Минздравсоцразвития России (13 цифр);

в строке 3 «Основной государственный регистрационный номер учреждения здравоохранения, выдавшего рецепт на лекарственное средство» указывается основной государственный регистрационный номер учреждения здравоохранения, выдавшего рецепт на лекарственное средство;

в строке 4 «Идентификационный номер врача, выписавшего рецепт» указывается идентификационный номер врача по справочнику, формируемому Медицинским информационно-аналитическим центром Департамента здравоохранения Краснодарского края;

в строке 5 «Серия и номер рецепта» указываются серия и номер рецепта по действующей в субъекте Российской Федерации нумерации рецептов, форма которых утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 12 февраля 2007 года № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (зарегистрирован Минюстом России 27 апреля 2007 года № 9364);

в строке 6 «Дата выписки рецепта» указывается соответствующее выписке рецепта число, месяц, год (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 7 «Международное непатентованное название выписанного лекарственного средства» указывается код лекарственного средства, предусмотренный приложением к настоящему порядку;

в строке 8 «Выписанное количество доз лекарственного средства» указывается выписанное количество доз лекарственного средства в соответствии с рецептом, форма которого утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 12 февраля 2007 года № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (зарегистрирован Минюстом России 27 апреля 2007 года № 9364);

в строке 9 «Код территории отпуска лекарственного средства по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований» указывается код территории Российской Федерации (по ОКАТО), где находится аптечное учреждение, отпустившее лекарственное средство;

в строке 10 «Основной государственный регистрационный номер аптечного учреждения, отпустившего лекарственное средство по рецепту» указывается основной государственный регистрационный номер аптечного учреждения, отпустившего лекарственное средство (по ОКПО);

в строке 11 «Дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства» указывается дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 12 «Название отпущенного лекарственного средства» указывается название отпущенного лекарственного средства на русском языке;

в строке 15 «Код заболевания по МКБ-10» указывается код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр), соответствующий коду заболевания, указанному в рецепте;

в строке 16 «Форма выпуска лекарственного средства» указывается форма выпуска лекарственного средства в соответствии с рецептом, по которому осуществлен отпуск лекарственного средства;

в строке 17 «Доза лекарственного средства» указывается доза лекарственного средства в соответствии с рецептом, по которому осуществлен отпуск лекарственного средства;

в строке 18 «Количество доз в упаковке лекарственного средства» указывается количество доз в упаковке лекарственного средства в соответствии с рецептом, по которому осуществлен отпуск лекарственного средства;

в строке 19 «Количество отпущенных по рецепту упаковок лекарственного средства» указывается количество отпущенных по рецепту упаковок лекарственного средства в соответствии со сведениями, указанными в рецепте, по которому осуществлен отпуск лекарственного средства (ед. штук);

в строке 20 «Дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства» указывается дата отпуска аптечным учреждением лекарственного средства в соответствии с рецептом, по которому осуществлен отпуск лекарственного средства (ДД/ММ/ГГГГ);

в строке 21 «Код операции» код «1» указывается при выписке лекарственного средства; код «2» - при отпуске лекарственного средства; код «3» - при выписке лекарственного средства и его отпуске; код «4» - указывается при внесении изменений.

В случае отсутствия информации соответствующие поля не заполняются.

Заместитель
руководителя департамента

Н.Н.Карякин