

Приложение № 2
к приказу министра
здравоохранения
Свердловской области
от 18.05.2012г. № 555-п

Порядок организации учета и отчетности за движением лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Учет и отчетность за движением лекарственных препаратов организует организация–получатель лекарственных препаратов на основании государственного контракта с Министерством здравоохранения Свердловской области, в том числе в аптечных организациях Свердловской области собственных или привлеченных на основании договоров, осуществляющих выдачу лекарственных препаратов по рецептам врача (фельдшера) больным злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Отчетность осуществляется по следующим формам:

Форма 1

Оперативный отчет о движении лекарственных препаратов, закупаемых централизованно Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Представляется:

- 1) в отдел организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Минздрава СО
- 2) главным внештатным специалистом Минздрава СО

к 05 числу каждого

(на бумажных и электронных носителях)

Наименование организации-получателя _____

Нозология _____

за _____ месяц 20 __ г.

№ п/п	Торговое название лекарственного препарата	Форма выпуска	Производитель	Ед. изм	Финансовый год	Цена, руб.	Остаток на начало месяца		Поступило за месяц		Передано в аптечные организации за месяц		Остаток на конец месяца		Срок годности (дд.мм.гг)
							Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	
1	2	3	4		5		6	7	8	9	10	11	12		
1															
и т.д.															
	Итого на сумму, в руб.;														

Примечание: составляется по нозологиям

Подпись руководителя _____

Подпись ответственного лица _____

Форма 2

Отчет о движении лекарственных препаратов, закупаемых централизованно Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (с нарастающим итогом)

Представляется:

- 1) в отдел организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Минздрава СО
 - 3) главным внештатным специалистам Минздрава СО
- к 05 числу каждого месяца.**
(на бумажных и электронных носителях)

Наименование организации-получателя _____

Нозология _____

за _____ месяц 20__ г.

№ п/п	Торговое название лекарственного препарата	Форма выпуска	Производитель	Ед. изм	Финансовый год	Цена, руб.	Остаток на начало месяца		Поступило за период		Передано в аптечные организации за период		Остаток на конец месяца		Срок годности (дд.мм.гг)
							Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	
1	2	3	4		5		6	7	8	9	10	11	12		
1															
и т.д.															
	Итого на сумму, в руб.;														

Примечание: составляется по нозологиям

Подпись руководителя _____

Подпись ответственного лица _____