На бланке организации

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Протокол консилиума врачей**

**Консилиум врачей в составе:**

Председатель: гл.врач / зам. гл. врача / и.о. гл. врача \_\_\_(подпись)\_ФИО\_\_\_

Врач 1: \_\_\_\_(подпись) ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач 2: \_\_\_\_(подпись) ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Причина созыва консилиума:**

Назначение пациенту лекарственного препарата **\_*название препарата (МНН)*\_\_**, не зарегистрированного на территории РФ, для оказания ему медицинской помощи по жизненным показаниям.

**Пациент**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Клинический диагноз:** Заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние после терапии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Данные о состоянии пациента:**

Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анамнез:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обоснование назначения препарата:**

 (кратко: данные о препарате: о клинической эффективности, безопасности и т.д.)

**Назначение**: Препарат **\_*название препарата (МНН)*\_\_**, представляет собой \_***указать формуляцию и дозировку препарата\_***.

Препарат назначается в дозировке ***\_указать дозировку и форму введения/приема препарата/режим.***

Лечение следует продолжать до тех пор, пока наблюдается положительный эффект для пациента, нет критериев для его прерывания.

Период предполагаемого лечения составит **ХХ** месяцев.

Количество лекарственного препарата \_***название препарата (МНН)****\_*, необходимое для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям на весь период лечения составит \_\_**указать количество упаковок/формуляцию/дозировку\_**.

Добровольное информированное согласие пациента на использование препарата \_***название препарата (МНН)****\_*, не зарегистрированного на территории РФ, получено.

**Председатель:**

Председатель: гл.врач / зам. гл. врача / и.о. гл. врача \_\_\_(подпись)\_ФИО\_\_\_

Врач 1: \_\_\_\_(подпись) ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач 2: \_\_\_\_(подпись) ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ПЕЧАТЬ ОРГАНИЗАЦИИ**  |