**Главному врачу ГБУЗ СПГ№**

**ФИО**

**от ФИО**

**зарегистрированной по адресу:**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, ФИО, являюсь инвалидом с детства 2 группы (справка об инвалидности –Приложение №1).С 1999 года мне установлен основной диагноз «Муковисцидоз», тяжелое течение, внесена в региональный сегмент Московской области.

На данный момент я наблюдаюсь по месту жительства в ГУЗ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и, в связи с тяжелым течением болезни и многочисленными дополнительным заболеваниям, и в пульмонологическом отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городской клинической больнице им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ.

По назначению врача был выдан препарат «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» который я приняла и 22. 08. 2019 года произошла аллергическая реакция, в связи с чем была вызвана скорая помощь, что подтверждается справкой (приложение №\_\_).

Прошу оформить Бланк извещения о нежелательной реакции/индивидуальной непереносимости лекарственного препарата название у ФИО. согласно Приказа Росздравнадзора от 15.02.2017 N 1071 "Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора"

Прошу вынеси на решение ВК выписку лекарственного препарата по торговому наименованию «\_\_\_\_\_\_\_» на основании Постановления Правительства РФ от 28.11.2013 N 1086 (ред. от 03.11.2018)" которым утверждены Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями".

А также хочу указать, что:

-существует административная ответственность согласно Статья 6.3 КОаП. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

Ответ прошу дать в письменном виде в установленные законом сроки.

Приложение:

Копия назначений

Копия справки о вызове скорой

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