Додаток до Програми

ІНФОРМАЦІЯ

про забезпечення дітей та дорослих із СМА, які є мешканцями Львівської міської територіальної громади, лікарським засобом рисдиплам за період з початку року станом на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ року

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | ПІБ дитини абодорослого із СМА | Дата народження | Місце проживання пацієнта із СМА, номер телефону пацієнта, одного з батьків дитини (опікуна) | Діагноз пацієнта | Дата взяття на облік | Дата зняття з обліку | Період, на який видається лікарський засіб (з/до) | Потреба в отриманні лікарського засобу | Кількість виданого лікарського засобу | Відсоток забезпечення, % |
| вік та маса тіла | рекомен-дована добова доза | всього, (фл.) | у тому числі за кошти бюджету Львівської МТГ (фл.) | у тому числі за рахунок інших джерел (фл.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Керівник ЗОЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Відповідальна особа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник управління

охорони здоров’я Марта МАТЮШКО