

ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

**НАКАЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **27.06.2018** | м. Дніпро | №  **1163/0/197-18** |

Про розподіл лікарського засобу

«РЕФАКТО АФ» для лікування

дітей, хворих на гемофілію типів А або В

або хворобу Віллебранда, закупленого за

кошти Державного бюджету

України на 2017 рік

На виконання наказу МОЗ України від 13 червня 2018 № 1121 «Про Розподіл лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2017 рік», який надійшов до області шляхом централізованого постачання за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» за напрямом «Закупівля лікарських засобів, імунобіологічних препаратів (вакцин), медичних виробів, інших товарів і послуг» у частині «Закупівля лікарських засобів для забезпечення дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда»,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити розподіл лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда, у кількості згідно з додатком, що додається.

2. Директору КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР» забезпечити:

2.1.персональну відповідальність та контроль за збереженням і раціональним використанням лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда;

2.2. передачу лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» до КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 8» ДОР» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда, у кількості згідно з додатком;

2

2.3. облік препарату у відповідності до наказу департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації від 23 лютого 2018 № 392/0/197-18 «Щодо обліку матеріальних цінностей, які надходять до області шляхом централізованого постачання» (зі змінами);

2.4.подання актів списання лікарського засобу до  
ДП «Укрвакцина» МОЗ України».

Термін – щомісячно до 06 числа

місяця, наступного за звітним

3. Головному лікареві КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 8» ДОР» забезпечити:

3.1. отримання лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда, у кількості згідно з додатком;

3.2. персональну відповідальність та контроль за збереженням і раціональним використанням лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей, хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда;

3.3.облік препарату у відповідності до наказу департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації від 23 лютого 2018 № 392/0/197-18 «Щодо обліку матеріальних цінностей, які надходять до області шляхом централізованого постачання»( зі змінами);

3.4.надання актів на списання використаного лікарського засобу до КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Термін – щомісячно до 03 числа

місяця, наступного за звітним.

4. Відділу лікувально-профілактичної допомоги дітям та матерям після реєстрації надати електронний варіант даного наказу до відділу організаційного забезпечення та роботи зі зверненнями громадян з метою розміщення на сайті департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на заступників директора департаменту охорони здоров’я облдержадміністрації за відповідним напрямком.

Підстава:

1. Наказ МОЗ України від 13 червня 2018 № 1121.

2. Видаткова накладна від 18 червня 2018 № ДГЕМ-192.

3. Лист експерта за напрямом «Дитяча гематологія» Посмітюхи І.В. від 25 червня 2018 № 791.

4. Лист в.о. головного лікаря КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 8» ДОР» Мельниченка В.В. від 27 червня 2018 № 1298.

Директор департаменту Н.Ю.БУДЯК

Додаток

до наказу ДОЗ ОДА

від\_27.06.2018\_ № \_\_1163/0/197-18\_\_\_

РОЗПОДІЛ

лікарського засобу «РЕФАКТО АФ» для лікування дітей,

хворих на гемофілію типів А або В або хворобу Віллебранда

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Назва**  **лікарського засобу** | **Од.** | **КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня»**  **ДОР»** | **КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня**  **№ 8»ДОР»** | **Всього** | **Термін придатності** |
| **кількість** | | |  |
| 1. | РЕФАКТО АФ (Фактор коагуляції крові VIII (рекомбінантний),  ліофілізат для розчину для ін’єкцій, по 500 МО  у флаконі № 1 у комплекті з розчинником по 4 мл у попередньо наповненому шприці та стерильним набором | уп. | 200 | 200 | 400 | 31.08.2020 |

В.о.заступника директора Ю.С.Черняк