



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«16» июля 2026
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ № 260400018

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 16.07.2026

№ 131

Об усилении контроля за исполнением отдельных нормативных правовых актов

В целях усиления контроля за исполнением федерального законодательства в части соблюдения порядка назначения лекарственных препаратов, в соответствии со статьей 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (далее – Приказ № 1094н) **п р и к а з ы в а ю:**

1. Директору областного бюджетного учреждения здравоохранения особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр»:

1.1. Обеспечить до 31.07.2026 разработку и реализацию в государственной информационной системе в сфере здравоохранения «Региональная медицинская информационная система системы здравоохранения Ивановской области» следующих функций с обязательной фиксацией статуса ознакомления:

информирования в выписном эпикризе и в консультационном заключении пациента согласно приложению 1 к настоящему приказу;

акта об отказе пациента от получения лекарственного препарата (для медицинских организаций) согласно приложению 2 к настоящему приказу;

акта об отказе пациента от получения лекарственного препарата (для аптечных организаций) согласно приложению 3 к настоящему приказу.

1.2. Отчитаться о результатах проделанной работы директору Департамента здравоохранения Ивановской области Е.С. Левиной 03.08.2026.

2. Главным врачам учреждений здравоохранения, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области взять на личный контроль неукоснительное соблюдение медицинским персоналом пункта 5 раздела I Приказа № 1094н.

2.1. Предусмотреть фиксацию отказа пациента или его законного представителя от получения лекарственных препаратов, медицинских изделий

и(или) специализированных продуктов лечебного питания путем заполнения акта, соответствующего приложению 2 к настоящему приказу.

3. Директору областного государственного унитарного предприятия «Фармация» усилить контроль отпуска подведомственными аптечными организациями и аптечными организациями, с которыми заключено соглашение о льготном обеспечении лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан, пациентам или их законным представителям по рецептурным бланкам № 148-1/У-04(Л).

3.1. Организовать фиксацию сотрудниками подведомственных аптечных организаций и аптечных организаций, с которыми заключено соглашение о льготном обеспечении лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания отдельных категорий граждан, отказа пациента или его законного представителя от получения лекарственных препаратов, медицинских изделий и(или) специализированных продуктов лечебного питания путем заполнения акта, соответствующего приложению 3 к настоящему приказу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ивановской области Л.Н. Боднар.

Член Правительстве Ивановской
области – директор Департамента
здравоохранения Ивановской области



Е.С. Левина

Информирование пациентов
(в выписном эпикризе пациента и в консультативном заключении пациента)

Рекомендации обсуждены с пациентом (или законным представителем).

Пациент уведомлен, что препараты назначаются по международному непатентованному наименованию. Порядок приема препаратов, дозирование и длительность лечения разъяснены. Рекомендации понятны.

**Акт об отказе пациента от получения лекарственного препарата
(для медицинских организаций)**

Я, _____ /,
(Ф. И. О. пациента (полностью))
_____,
(Ф.И.О. законного представителя, опекуна (полностью))
действующего в интересах пациента
*,
(Ф. И. О. пациента (полностью))
«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____,
при оказании медицинской помощи в
(наименование медицинской организации)
отказываюсь от получения следующего лекарственного препарата**:

(полное наименование, дозировка, форма выпуска)
Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О.)

в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность ухудшения состояния здоровья, развития осложнений заболевания и иных негативных последствий. Мне понятно, что данное решение может отрицательно сказаться на течении заболевания и результатах лечения.

Я осознаю ответственность за принятое решение и подтверждаю, что получил всю необходимую информацию для его принятия.

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись пациента (законного представителя, опекуна): _____

Подпись медицинского работника: _____ / _____

*Заполняется в случае, если интересы пациента представлены законными представителями, опекунами и т.п.)

** Указать точное наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания (международное непатентованное наименование), дозировку и форму (таблетки, раствор и т.п);

**Акт об отказе пациента от получения лекарственного препарата
(для аптечных организаций)**

Я, _____ /,
(Ф. И. О. пациента (полностью))
_____,
(Ф.И.О. законного представителя, опекуна (полностью))
действующего в интересах пациента
_____,
(Ф. И. О. пациента (полностью))
«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____,
отказываюсь от получения следующего лекарственного препарата**:

(полное наименование, дозировка, форма выпуска)

в аптечной организации _____
(наименование аптечной организации)
Сотрудником аптечной организации _____
(должность, Ф. И. О.)

в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность ухудшения состояния здоровья, развития осложнений заболевания и иных негативных последствий. Мне понятно, что данное решение может отрицательно сказаться на течении заболевания и результатах лечения.

Я осознаю ответственность за принятое решение и подтверждаю, что получил всю необходимую информацию для его принятия.

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись пациента (законного представителя, опекуна): _____ / _____

Подпись сотрудника аптечной организации: _____ / _____

*Заполняется в случае, если интересы пациента представлены законными представителями, опекунами и т.п.)

** Указать точное наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания (международное непатентованное наименование и торговое наименование), дозировку и форму (таблетки, раствор и т.п);