УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФОРМА**

**ежеквартального/годового отчета государственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением генно-инженерных биологических препаратов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь** | **Фамилия, имя, отчество (при наличии)** | **Дата рождения** | **Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)** | **Диагноз по МКБ-10** | **МНН** | **Торговое наименование препарата** | **Кол-во препарата на одно введение** | **Длительность лечения в рамках законченного случая** | **Вид медицинской помощи** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |  |

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