



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

13.04.2021

№ 316

г. Благовещенск

О совершенствовании мероприятий по обеспечению лиц, инфицированных ВИЧ, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными препаратами для медицинского применения

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения», постановлением Правительства Амурской области от 03.07.2013 № 302 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области», приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»; Клиническими рекомендациями «ВИЧ-инфекция у взрослых», утвержденными Минздравом России, а также в целях совершенствования мероприятий по организации обеспечения лиц, инфицированных ВИЧ антивирусными лекарственными препаратами

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Порядок назначения антиретровирусной терапии согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Порядок получения и отпуска лекарственных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (далее – Порядок), согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Форму «Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии» согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Форму «Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии у ребенка с ВИЧ-инфекцией в возрасте до 15 лет» согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Форму «Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии у ребенка с ВИЧ-инфекцией в возрасте 15 лет и старше» согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

1.6. Форму «Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному» согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

1.7. Форму «Направление на врачебную комиссию» (далее - Направление) согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

2. Отделу регулирования мер социальной поддержки в сфере лекарственного обеспечения министерства здравоохранения Амурской области (Шукан М.А.):

2.1. Обеспечить закупку антиретровирусных препаратов в соответствии с требованиями Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» по сформированной сводной заявке ГАУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

2.2. Обеспечить представление заявки в Министерство здравоохранения Российской Федерации на централизованно закупаемые антиретровирусные препараты.

2.3. Обеспечить проведение мониторинга поступления, отпуска и остатков антиретровирусных препаратов.

2.4. Обеспечить своевременное направление разрядок на антиретровирусные препараты в медицинские организации.

3. Исполняющему обязанности главного врача ГАУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Горелик Е.В.):

3.1. Обеспечить формирование ежегодной сводной заявки на поставку антиретровирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных лиц, проживающих и состоящих на диспансерном учете в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Амурской области.

3.2. Обеспечить своевременное представление разрядки на распределение антиретровирусных лекарственных препаратов в медицинские организации в отдел регулирования мер социальной поддержки в сфере лекарственного обеспечения министерства здравоохранения Амурской области.

3.3. Обеспечить своевременную отчетность по использованию антиретровирусных лекарственных препаратов в соответствии с действующим законодательством.

3.4. Обеспечить проведение организационно-методической работы с медицинскими организациями, подведомственными министерству здравоохранения Амурской области, по рациональному и эффективному

использованию антиретровирусных препаратов для лечения больных ВИЧ/СПИД.

4. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Амурской области:

4.1. Обеспечить исполнение Порядка, согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

4.2. Назначить должностных лиц, ответственных за организацию мероприятий по обеспечению лиц, инфицированных ВИЧ антивиральными препаратами.

4.3. Обеспечить ежегодное представление заявки на антиретровирусные препараты в ГАУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями».

4.4. Обеспечить контроль за своевременным выявлением клинико-лабораторных показаний к назначению антиретровирусной терапии с последующим предоставлением информации в государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее - ГАУЗ АО «АОЦСПИД») для рассмотрения вопроса о старте антиретровирусной терапии, по форме, утвержденной подпунктом 1.7. настоящего приказа. Форма направляется в ГАУЗ АО «АОЦСПИД» по защищенному каналу связи.

4.5. Организовать своевременное представление отчетов по выполнению разнарядок в министерство здравоохранения Амурской области.

4.6. Обеспечить использование утвержденных настоящим приказом форм медицинской документации при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

5. Приказ министерства здравоохранения Амурской области от 31.03.2014 № 379 признать утратившим силу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения области Хомитова И.Э.

Министр здравоохранения  
Амурской области



С.Н.Леонтьева



Приложение № 1  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

Порядок  
назначения антиретровирусной терапии

1. Настоящий Порядок определяет основные положения по организации назначения антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

2. Обеспечению антиретровирусными препаратами подлежат находящиеся на диспансерном наблюдении ВИЧ-инфицированные (взрослые и дети), ВИЧ - положительные беременные женщины и дети, родившиеся от них, беременные женщины из дискордантных пар, а также лица, нуждающиеся в проведении профилактического лечения антиретровирусными препаратами в случае возникновения риска заражения ВИЧ-инфекцией при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

3. Назначение антиретровирусной терапии (далее – АРВТ) осуществляется врачебной комиссией ГАУЗ АО «АОЦСПИД» с учетом результатов клинико-лабораторного и инструментального исследования и консультирования. Период между установлением диагноза ВИЧ-инфекции и началом АРВТ должен быть максимально сокращен. При готовности пациента к старту АРВТ и наличии его согласия лечение может быть назначено немедленно, сразу после установки диагноза, если нет клинических противопоказаний для приема антиретровирусных препаратов.

4. При выявлении показаний к антиретровирусной терапии для ее назначения или смены необходимо предоставить на врачебную комиссию ГАУЗ АО «АОЦСПИД» Направление согласно приложению 7 к настоящему приказу. При выявлении неотложных показаний к назначению АРВТ Направление предоставляется в сроки, не превышающие 3 суток. Во всех остальных случаях в сроки, не превышающие 14 дней. Перед назначением антиретровирусной терапии пациент проходит обследование в объеме диспансерного наблюдения, психологическую подготовку. После проведения консультирования подписывается информированное согласие на проведение АРВТ согласно приложениям 3, 4, 5, 6 к настоящему приказу или отказ от ее проведения.

5. Лечение пациентов осуществляется в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и рекомендованными Клиническими протоколами диспансерного наблюдения и лечения.

6. У беременных женщин критерием начала АРВТ считается лабораторное подтверждение инфицирования ВИЧ. Не рекомендуется при

лабораторном подтверждении инфицирования ВИЧ откладывать начало АРВТ до получения всех уточняющих результатов обследования, особенно при выявлении инфицирования на поздних сроках гестации.

Приложение № 2  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

Порядок  
получения и отпуска лекарственных препаратов для лечения  
и профилактики ВИЧ-инфекции

1. Порядок получения и отпуска лекарственных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (далее – Порядок) определяет обеспечение антиретровирусными препаратами для медицинского применения (далее – АВП) пациентов в амбулаторных и стационарных условиях для профилактики и лечения больных ВИЧ-инфекцией, поступающих за счет средств федерального и областного бюджетов.

2. Настоящий Порядок разработан на основании Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антиретровирусными лекарственными препаратами для медицинского применения», постановлением Правительства Амурской области от 03.07.2013 № 302 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

3. Участниками Порядка являются:

Министерство здравоохранения Амурской области;

ГАУЗ АО «Амурский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее – ГАУЗ АО «АОЦСПИД»);

медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Амурской области (далее – медицинские организации);

уполномоченная фармацевтическая организация, осуществляющая услугу по приемке, хранению и отпуску лекарственных препаратов по льготным бесплатным рецептам и по требованиям медицинских организаций (далее – уполномоченная организация);

ГБУЗ «Амурский медицинский информационно-аналитический центр» (далее – АМИАЦ).

4. Бесплатному обеспечению АВП за счет средств областного бюджета подлежат лица, нуждающиеся в проведении профилактического лечения АВП, в случаях возникновения риска заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей, беременные женщины, не состоящие под наблюдением относящиеся к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции, с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ-инфекции и дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, нуждающиеся в профилактическом лечении.

5. Бесплатное обеспечение АВП за счет средств федерального бюджета осуществляется в отношении следующих лиц: ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации, находящиеся на диспансерном наблюдении в ГАУЗ АО «АОЦСПИД» и в медицинских организациях Амурской области по месту жительства, включенные в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (далее - ФРВИЧ). Право больного на обеспечение лекарственными препаратами возникает со дня включения сведений о нем в ФРВИЧ. Дата включения больного в региональный сегмент ФРВИЧ фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного или истории развития ребенка. Назначение и отпуск больному (его законному представителю) лекарственных препаратов осуществляется в срок, не превышающий 20 рабочих дней со дня включения больного в ФРВИЧ.

6. Обеспечение больных ВИЧ-инфекцией АВП в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, осуществляется путем назначения лекарственных препаратов и оформления рецептов на их получение с учетом стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и средней курсовой дозы лекарственных препаратов.

7. Отпуск лекарственных препаратов по бесплатным рецептам производится уполномоченной фармацевтической организацией, осуществляющей услуги по приемке, хранению и отпуску лекарственных препаратов, через аптечные организации, расположенные на территории Амурской области.

8. Министерство здравоохранения Амурской области ежегодно по итогам проведенного аукциона на оказание услуги по приемке, хранению и отпуску лекарственных препаратов, заключает государственный контракт с фармацевтической организацией.

9. Основанием для бесплатного получения АВП для амбулаторного лечения является рецепт, а при возникновении ситуации требующей экстренной профилактики пациента, находящегося на лечении в медицинской организации - по требованиям медицинской организации.

10. Министерство здравоохранения Амурской области:

10.1. Организует в порядке, установленном законодательством о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, на основании сводной заявки ГАУЗ АО «АОЦСПИД» с учетом персонифицированной потребности пациентов в АВП размещение государственных заказов на поставки АВП.

10.2. Организует формирование заявки на поставку АПВ и представление их в Министерство здравоохранения Российской Федерации в соответствии с действующим законодательством.

10.3. Осуществляет прием на баланс полученных АВП с оформлением соответствующих документов и направлением в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

10.4. Осуществляет контроль за поставками АВП для лечения ВИЧ-инфицированных больных и профилактики ВИЧ-инфекций.

10.5. По итогам аукционных процедур заключает государственный контракт с фармацевтической организацией на оказание услуги по приемке, хранению, доставке, учету, отпуску лекарственных препаратов по бесплатным рецептам.

10.6. Обеспечивает взаимодействие с уполномоченной фармацевтической организацией, оказывающей на территории Амурской области услуги по отпуску лекарственных препаратов пациентам, на условиях, определенных государственным контрактом.

10.7. Предоставляет уполномоченной фармацевтической организации разнарядки на распределение АВП а разрезе медицинских организаций.

#### 11. ГАУЗ АО «АОЦСПИД»:

11.1. Формирует и актуализирует ФРВИЧ.

11.2. Определяет сводную потребность в АВП.

11.3. Формирует сводную заявку на закупку АВП на централизованную поставку из средств федерального бюджета и на закупку из средств областного бюджета.

11.4. Обеспечивает мониторинг поступления и расходования АВП.

#### 12. Медицинские организации:

12.1. Определяют потребность в АВП. Формируют заявку на централизованную поставку АВП за счет средств федерального бюджета и на закупку АВП за счет средств областного бюджета. Сформированные заявки на АВП направляют в ГАУЗ АО «АОЦСПИД».

12.2. По разнарядкам министерства здравоохранения Амурской области назначают и выписывают рецепт для бесплатного получения АПВ при амбулаторном лечении в соответствии требованиями приказа Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» и оформляют требование при экстренной госпитализации беременных ВИЧ-инфицированных женщин, ранее не состоявших на диспансерном учете в ГАУЗ АО «АОЦСПИД», для химиопрофилактики вертикально пути передачи.

#### 13. Уполномоченная фармацевтической организация:

13.1. Уполномоченная фармацевтическая организация информирует министерство здравоохранения Амурской области о приемке лекарственных препаратов и передает оформленные документы по приемке лекарственных препаратов на аптечный склад в сроки, установленные государственным контрактом.

13.2. Обеспечивает доставку лекарственных препаратов в аптечные организации, расположенные на территории Амурской области (далее - пункты отпуска) согласно полученным разнарядкам министерства здравоохранения Амурской области.

13.3. Осуществляет отпуск АВП в пунктах отпуска, при предъявлении пациентом (представителем) бесплатных рецептов и по требованиям медицинских организаций.

13.4. Обеспечивает передачу отчетных сведений в объеме и сроки, установленные государственным контрактом и по письменным запросам министерства здравоохранения Амурской области.

13.5. По письменному поручению министерства здравоохранения Амурской области осуществляет перераспределение лекарственных препаратов между пунктами отпуска.

#### 14. АМИАЦ:

14.1. Обеспечивает программным продуктом медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Амурской области для выписки льготных бесплатных рецептов пациентам, имеющим право на получение АВП в соответствии с требованиями законодательства о персональных данных.

14.2 Обеспечивает подготовку аналитических отчетов для министерства здравоохранения Амурской области.

15. Продолжительность и схема лечения определяются индивидуально для каждого пациента врачебной комиссией ГАУЗ АО «АОЦСПИД» с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

16. Бесплатные рецепты выписываются специалистами ГАУЗ АО «АОЦСПИД», специалистами ответственными за диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных пациентов в порядке, установленным действующим законодательством Российской Федерации.

17. Лекарственные препараты по выписанным бесплатным рецептам отпускаются в пунктах отпуска по месту жительства пациентов.

18. В целях динамического наблюдения за пациентами и соблюдением периодичности посещения им медицинской организации лечащим врачом определяется количество лекарственного препарата, единовременно оформленного на рецептурном бланке в соответствии с рекомендованной среднесуточной курсовой дозой и сроком, назначенным для посещения.

19. Врач-инфекционист, а при его отсутствии должностное лицо, ответственное за выписку рецепта противовирусного препарата, проводит сбор жалоб пациента, его объективный осмотр, уточняет стадию и фазу заболевания с внесением указанных данных в медицинскую карту амбулаторного пациента и на основании решения врачебной комиссии ГАУЗ АО «АОЦСПИД» выписывает АВП на рецептурных бланк № 148-1/у-04 (л) в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

20. Факт назначения и выписки АВП для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа фиксируется в первичных медицинских документах с указанием номера, серии рецепта, наименования лекарственных препаратов, дозировки и количества.

21. Назначение и выписывание бесплатных рецептов на АВП ВИЧ-инфицированным беременным женщинам по решению врачебной комиссии ГАУЗ АО «АОЦСПИД» осуществляется на весь период беременности.

22. При экстренной госпитализации беременных ВИЧ-инфицированных женщин, ранее не состоявших на диспансерном учете в ГАУЗ АО «АОЦСПИД», обеспечение препаратами для химиопрофилактики вертикально пути передачи осуществляется фармацевтической организацией по требованиям медицинской организации.

Приложение № 3  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Я \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., домашний адрес, контактный телефон)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на моё лечение лекарственными препаратами, направленными на предотвращение прогрессирования ВИЧ-инфекции:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что мне разъяснено:

что предложенная мне антиретровирусная терапия назначена по клиническим и лабораторным показаниям, и направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека в моем организме, замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, что позволит увеличить продолжительность и улучшить качество моей жизни.

что на сегодняшний день не существует лечения, позволяющего излечиться от ВИЧ-инфекции.

что все антиретровирусные препараты, назначенные мне, разрешены к применению в Российской Федерации и предоставляются на бесплатной основе.

что антиретровирусные препараты, как и другие лекарственные препараты, могут вызывать нежелательные явления, информация о которых предоставлена мне лечащим врачом.

что назначенная мне антиретровирусная терапия может быть прекращена по моему собственному желанию или решению лечащего врача из-за несоблюдения мною режима приёма препаратов и/или графика обследования.

Я обязуюсь:

согласно графику, установленному лечащим врачом, проходить лабораторные обследования и консультаций, в целях своевременного мониторинга, назначенного мне лечения;

принимать назначенные мне лекарственные препараты в соответствии с режимом приёма и указаниями лечащего врача;

в кратчайшие сроки сообщать лечащему врачу обо всех изменениях схемы лечения, а также об изменениях в моем состоянии, если я считаю, что это связано с назначенным мне лечением.

Я информирован(а), что в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации № 323-ФЗ в случае нарушения сроков лабораторного обследования и/или посещения лечащего врача, меня будут приглашать в медицинскую организацию по телефону/посещением на дому специалистами поликлиники.

Пациент \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)

Приложение № 4  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ  
ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ**

(подписывает законный представитель, осуществляющий уход за ребенком)

Я,

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво, домашний адрес, телефон)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво)

\_\_\_\_\_  
(Дата рождения)

лекарственными препаратами, направленными на предотвращение прогрессирования заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.

**Я подтверждаю, что мне разъяснено:**

- почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку;
- действие назначаемых моему ребенку препаратов;
- как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты;
- возможное побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку;
- что мой ребенок должен проходить регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для контроля течения ВИЧ-инфекции и назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств;
- в какие сроки я должна приводить ребенка на обследование;
- что эффект лечения может быть достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом моего ребенка.

**Я осознаю, что:**

- по состоянию здоровья моего ребенка ему необходимо лечение по поводу ВИЧ-инфекции;
- назначенные моему ребенку препараты должны подавлять размножение вируса в его организме и замедлять прогрессирование ВИЧ-инфекции;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов моим ребенком, тем выше вероятность того, что увеличится продолжительность и качество его жизни;

- даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов моим ребенком излечение от ВИЧ-инфекции не произойдет;
- назначенное моему ребенку лечение может в любой момент быть прекращено по моему желанию;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза здоровью моего ребенка, я буду проинформирован(а) об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его проведения;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза жизни моего ребенка, это лечение может быть прекращено по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим врачом;

**Я обязуюсь:**

- по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать разрешение на взятие крови на анализы;
- давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- выполнять рекомендации лечащего врача по уходу за моим ребенком, его кормлению;
- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему ребенку;
- не посоветовавшись с лечащим врачом, не давать моему ребенку какие-либо лекарственные препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу;
- сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных случаях, что ребенок получает препараты для лечения ВИЧ-инфекции.

Подпись лица, осуществляющего  
ход за ребенком:

Дата: \_\_\_\_\_

Врач:

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О., разборчиво)

\_\_\_\_\_

(подпись)

Дата: \_\_\_\_\_

Приложение № 5  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ  
ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ**

Я,

---

(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво, домашний адрес, телефон)

---

---

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на мое лечение лекарственными препаратами, направленными на предотвращение прогрессирования ВИЧ-инфекции:

---

**Я подтверждаю, что мне разъяснено:**

- что предложенная мне антиретровирусная терапия назначена по клиническим и лабораторным показаниям, и направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека в моем организме, замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, что позволит увеличить продолжительность и улучшить качество моей жизни.
- что на сегодняшний день не существует лечения, позволяющего излечиться от ВИЧ-инфекции.
- что все антиретровирусные препараты, назначенные мне, разрешены к применению в Российской Федерации и предоставляются на бесплатной основе.
- что антиретровирусные препараты, как и другие лекарственные препараты, могут вызывать нежелательные явления, информация о которых предоставлена мне лечащим врачом.
- что назначенная мне антиретровирусная терапия может быть прекращена по моему собственному желанию или решению лечащего врача из-за несоблюдения мною режима приема препаратов и/или графика обследования.

**Я обязуюсь:**

- согласно графику, установленному лечащим врачом, проходить лабораторные обследования и консультаций, в целях своевременного мониторинга назначенного мне лечения;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты в соответствии с режимом приема и указаниями лечащего врача;

- в кратчайшие сроки сообщать лечащему врачу обо всех изменениях схемы лечения, а также об изменениях в моем состоянии, если я считаю, что это связано с назначенным мне лечением.

**Я информирован(а), что в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации № 323-ФЗ в случае нарушения сроков лабораторного обследования и/или посещения лечащего врача, меня будут приглашать в медицинскую организацию по телефону/посещением на дому специалистами поликлиники.**

Пациент \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)

Приложение № 6  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

**Информированное согласие на проведение химиопрофилактики  
передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности,  
родов и новорожденному**

Я

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

\_\_\_\_ года рождения,  
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, действие которых направлено на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека или/и лечение ВИЧ-инфекции.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему прием данных лекарств необходим,

разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов.

**Я проинформирована, что:**

- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить проникновение ВИЧ в организм моего будущего ребенка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет 1–2%. Однако, если я не буду принимать назначенные мне лекарства или буду принимать их с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;
- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;
- если вследствие приема назначенных мне лекарств возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;
- если вследствие приема назначенных мне лекарств возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика/лечение могут быть прекращены по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- назначенные мне химиопрофилактика/лечение могут в любой момент быть прекращены по моему желанию;

- прикладывание моего ребенка к груди и/или кормление его моим грудным молоком повысит риск его заражения, поэтому я выбираю для своего ребенка искусственное вскармливание.

**Я обязуюсь:**

- проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику/лечение, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., разборчиво)

Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 7  
к приказу министерства  
здравоохранения Амурской области

от 13.04.2021 № 316

**Направление на врачебную комиссию**

Ф.И.О. больного, дата рождения \_\_\_\_\_  
Состоит под диспансерным наблюдением в медицинской организации  
(название) \_\_\_\_\_

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Сведения о ранее проводимых ВК (если да - даты, решение предыдущей ВК,  
схема АРВТ) \_\_\_\_\_

Диагноз: по МКБ-10 \_\_\_\_\_ ВИЧ-инфекция  
ст. \_\_\_\_\_

Вторичные инфекции:

\_\_\_\_\_

Сопутствующие  
заболевания \_\_\_\_\_

Проведенное лечение и его  
эффективность \_\_\_\_\_

Жалобы на момент представления на ВК:

\_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_

1. Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне  
тяжелое.

2. Общий анализ крови: от \_\_\_\_\_  
Гемоглобин \_\_\_\_\_ (г/л), лейкоциты \_\_\_\_\_  $\times 10^9$ /л, эритроциты \_\_\_\_\_  $\times 10^{12}$ /л,  
СОЭ \_\_\_\_\_ мм/ч

3. Биохим.ан. от \_\_\_\_\_ АСТ \_\_\_\_\_, АЛТ \_\_\_\_\_, Общ.белок \_\_\_\_\_,  
Общий билирубин \_\_\_\_\_, Креатинин \_\_\_\_\_

4. Показатели иммунного статуса:  
CD4 лимфоциты от \_\_\_\_\_ (%) \_\_\_\_\_ абс. ( $10^6$ /л)  
РНК ВИЧ от \_\_\_\_\_ (копий/мл)

Цель представления на ВК : назначение АРВТ, замена АРВТ, возобновление АРВТ, химиопрофилактика во время беременности, родов и новорожденному, превентивная химиопрофилактика при аварийной ситуации (нужное подчеркнуть)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(ФИО разборчиво) (подпись)

Контактный телефон \_\_\_\_\_