

Главному врачу УЗ « _____ »
(название вашей поликлиники или больницы)

(ФИО главного врача, если известно)

от _____,
(ваши Фамилия Имя Отчество)
проживающего(ей) по адресу:

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, [ФИО Пациента], [Дата рождения] г.р., являюсь пациентом вашего учреждения здравоохранения с диагнозом: [Ваш диагноз, например: Гемофилия А, тяжелая форма].

В настоящее время я получаю лечение «по требованию» / нахожусь на профилактическом лечении препаратом [Название препарата].

Считаю, что текущая тактика лечения недостаточно эффективна / требует пересмотра по следующим причинам (нужное подчеркнуть или дописать):

- Учащение случаев спонтанных кровоизлияний в суставы (гемартрозов);
- Прогрессирование гемофилической артропатии (ухудшение состояния суставов);
- Появление ингибитора к фактору свертывания;
- Необходимость перевода на профилактическое лечение (или смены препарата) в соответствии с современными стандартами;
- Необходимость хирургического вмешательства / стоматологического лечения.

На основании ст. 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (право на получение медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения) и Клинического протокола МЗ РБ от 27.06.2022 № 862,

ПРОШУ:

1. Организовать проведение Врачебно-консультационной комиссии (ВКК) для рассмотрения вопроса о направлении меня (моего ребенка) на Республиканский консилиум врачей-специалистов.
2. Выдать направление в:
 - (Для детей): ГУ «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии» (с. Боровляны).
 - (Для взрослых): ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (г. Минск).
3. Цель направления: Коррекция тактики заместительной терапии, подбор дозы профилактического лечения, решение вопроса о смене лекарственного средства.

В случае отказа прошу предоставить письменный мотивированный ответ в установленные законом сроки.

Дата: « _ » _____ 20 г.

Подпись: _____ / _____ (Расшифровка)