Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_

Форма

**ОТЧЕТ**

**об использовании медицинских иммунобиологических препаратов,**

**закупленных в рамках Национального календаря**

**профилактических прививок**

УТВЕРЖДАЮ

|  |
| --- |
| Руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения (руководитель Федерального медико-биологического агентства; руководитель федерального учреждения, оказывающего медицинскую помощь, подведомственного Министерству здравоохранения Российской Федерации) |

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

(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

м.п.

|  |  |
| --- | --- |
| Представляют: федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, подведомственные Министерству здравоохранения  Российской Федерации, Федеральное медико-биологическое агентство и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения (далее-орган исполнительной власти) | Срок представления:   до 1 марта следующего   за отчетным года |

|  |  |
| --- | --- |
| Орган исполнительной власти | |
| Наименование |  |
| Адрес |  |
| Телефон, факс |  |
| E-mail |  |
| Учреждение-получатель: федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству, учреждения субъекта Российской Федерации и/или муниципального образования, оказывающие медицинскую помощь | |
| Наименование |  |
| Ф.И.О. руководителя |  |
| ИНН/КПП |  |
| [ОКАТО](consultantplus://offline/ref=319F5DDDC1CD7CD8AE206CCDA57B5AA42973CE92EC1363A4ADF534A6FE607CJ) |  |
| Грузополучатель | |
| Наименование |  |
| Адрес места поставки медицинских  иммунобиологических  препаратов |  |
| Телефон, факс |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование медицинского   иммунобиологического препарата   (международное непатентованное наименование) (далее-МИБП) | Форма  выпуска  (ампула, флакон,  шприц-доза) | Остаток  МИБП на 1  января  отчетного года, тыс. доз | Отчетный год | | Остаток   МИБП на 1 января следующего за отчетным  годом, тыс. доз | Вакцини- ровано в отчетном  году,  человек | Ревакцинировано  в отчетном году, человек |
| поставлено  МИБП,  тыс. доз | израсходовано  МИБП,  тыс. доз |
| 1. | Вакцины и анатоксины для профилактики дифтерии, коклюша и столбняка: | | | | | | | |
| 1.1 | Анатоксин дифтерийно-столбнячный |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Анатоксины дифтерийно-столбнячные (с уменьшенным содержанием антигенов) |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | Анатоксины дифтерийные (с уменьшенным содержанием антигенов) |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 | Анатоксины столбнячные |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 | Вакцины для профилактики дифтерии, коклюша и столбняка |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Вакцина для профилактики вирусного гепатита B, дифтерии и столбняка |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Вакцины для профилактики вирусного гепатита B, дифтерии, коклюша и столбняка |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Вакцины для профилактики вирусного гепатита B: | | | | | | | |
| 4.1 | Вакцины для профилактики вирусного гепатита B (для  взрослого населения) |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 | Вакцины для профилактики вирусного гепатита B (для детского населения) |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.3 | Вакцины для профилактики вирусного гепатита B (для  детского населения (для детей до года)) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Вакцины для профилактики туберкулеза: | | | | | | | |
| 5.1 | Вакцины для профилактики  туберкулеза |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.2 | Вакцины для профилактики  туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Вакцины для профилактики кори |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Вакцина для  профилактики паротита |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Вакцина для профилактики кори и паротита |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Вакцины для профилактики краснухи |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Вакцины для профилактики полиомиелита: | | | | | | | |
| 10.1 | Вакцина для профилактики  полиомиелита (пероральная) |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.2 | Вакцины для профилактики  полиомиелита (инактивированные) |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Вакцины для профилактики гриппа: | | | | | | | |
| 11.1 | Вакцины для профилактики гриппа (инактивированные)  (для детского населения) |  |  |  |  |  |  |  |
| 11.2 | Вакцины для профилактики гриппа (инактивированные)  (для взрослого населения) |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Вакцины для профилактики инфекций, вызываемых Haemophilus influenzae |  |  |  |  |  |  |  |

Отчет об использовании медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках национального календаря профилактических прививок, представляется через информационную систему Министерства здравоохранения Российской Федерации по электронному адресу: http://zakupki.rosminzdrav.ru и на бумажном носителе в адрес Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Министерства здравоохранения Российской Федерации (телефон (495) 627-24-00\*2411, (495) 627-24-00\*2420, (495) 627-24-00\*2422; факс (495) 625-07-57). Телефон технической поддержки: 8 (800) 200-13-17.

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись) (дата)

Телефон, факс:

E-mail: