В Региональную благотворительную общественную организацию инвалидов «Общество пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга»

г. Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14, лит. А, оф. 316

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

г. Санкт-Петербург, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемая Юлия Павловна!

Мой ребенок, (ФИО, д.р.) является инвалидом по заболеванию первичный иммунодефицит (Общая вариабельная иммунная недостаточность, код по МКБ-10 D83.0). Ему/ей назначена регулярная заместительная терапия иммуноглобулином человеческим нормальным раз в три-четыре недели в дозировке 0,4 грамма на килограмм массы тела, вес ребенка 20 кг.

В соответствии с заключением главного иммунолога ФИО, или на основании выписки из истории болезни от « » \_\_\_ 201\_ г. № \_\_ «РДКБ» Минздрава России) по медицинским и жизненным показаниям ребенок нуждается в заместительной терапии иммуноглобулином по определенным характеристикам, которыми на сегодняшний день обладают такие препараты как Октагам, Интратект, Гамунекс, ИГ Вена, Привиджен.

Мой ребенок по основному заболеванию наблюдается в отделении пульмонологии Педиатрической академии СПбГПМУ, где на протяжении нескольких лет в рамках ВМП получал необходимый препарат иммуноглобулина.

С августа 2018 года Педиатрическая академия стала закупать препарат иммуноглобулина китайского производства Сигардис. Мне известно, что данный препарат не рекомендован для лечения пациентов с первичными иммунодефицитами. Соответствующее заявление сделал главный аллерголог-иммунолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор, академик РАН, Тотолян Арег Артемович, на общем собрании пациентской организации еще 13 марта 2018 года, а также главный детский гематолог Минздрава РФ, профессор, академик РАН, Румянцев Александр Григорьевич.

Я отказываюсь от введения сомнительного препарата своему ребенку и прошу Вас принять необходимые меры по защите прав моего ребенка на качественную медицинскую помощь.

Выражаю свое согласие на защиту представителем Общества пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга Захаровой Юлией Павловной прав и законных интересов моего ребенка в органах государственной власти, организациях.

Выражаю свое согласие на обработку моих и моего ребенка персональных данных и медицинской информации в соответствии с п. 3 ст. 3 ФЗ-152 «О персональных данных» и передачу любой предоставленной мной информации для достижения целей защиты прав и законных интересов моего ребенка представителем Общества пациентов с первичными иммунодефицитами Санкт-Петербурга Захаровой Юлией Павловной.

С уважением, ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

Дата \_\_\_\_2018 года

Заполните обращение, снимите все подчеркивания и выделения маркером, распечатайте, подпишите, скан пришлите по эл.почте Zaharova.law@gmail.com

Оригинал необходимо передать руководителю.