Руководителю Территориального органа

федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

по [*наименование субъекта РФ*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею рекомендацию от [*наименование врача-специалиста*] на получение лекарственного препарата [*наименование препарата*] (см. Приложение 1) и получаю этот лекарственный препарат в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*]. С [*время начала появления побочного действия или нежелательной реакции*] у меня появились побочные действия / нежелательные реакции в виде [*перечень побочных действий или нежелательных реакций*]. Лечащий врач отказался фиксировать в амбулаторной карте побочные действия / нежелательные реакции, ссылаясь на то, что побочные эффекты зафиксированы в инструкции по применению лекарственного препарата / на необходимость регистрации побочных явлений у врача-специалиста / на отсутствие возможности замены другим лекарственным препаратом.

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой зафиксировать побочные действия / нежелательные реакции для того, чтобы впоследствии принять решение об обеспечении меня другим лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*]. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*], отказал(а) мне в фиксации побочных действий / нежелательных реакций (см. Приложение 2).

На сегодняшний день я остаюсь без лечения.

Прошу содействовать фиксации побочных действий / нежелательных реакций при применении лекарственного препарата [*наименование препарата*] и обеспечению меня препаратом для лечения моего заболевания.

Приложения

1. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.
2. Копия ответа [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] на обращение от [*дата регистрации обращения*].

Дата: Подпись: