Центр детской
онкологии, гематологии
и иммунологии
(наименование учреждения)

Приложение 1
К постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92
Форма 1 здр / у - 10

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
Министерство здравоохранения
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
детской онкологии, гематологии и иммунологии»
223053, Минская обл., Минский р-н, д. Боровляны,
ул. Фрунзенская

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

Дана: Бобех Назар Артемович
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения: 30.09.2015 Пол: мужской / женский (подчеркнуть)

Место жительства: г. Мозырь

Цель выдачи справки: Фонд „Шанс"

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения):

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее):

Д-з: Нейробластома забрюшинного пространства с вовлечением сосудистой ножки левой почки и нисходящей аорты, проникновением в спинно-мозговой канал на уровне S1-S3, межпозвоночные отверстия крестцового отдела позвоночника, mts в печень, легкое, л/у, кл, кости скелета. Стадия IV. Лечение по протоколу NB-HR2018 с 2.08.2019.

Заключение:

Рекомендации: Пациенту показано проведение иммунотерапии Пинутуксимабом-бета. Необходима закупка препарата в количестве 20 флаконов (1 флакон = 20 мг)

Дата выдачи справки 24.03.2020

Срок действия справки 12 мес.

Врач _____ Кальченко Л.О.

(подпись) (инициалы, фамилия)

Республика Беларусь * Государственное учреждение * Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии * Минский район * ДЛЯ ДОКУМЕНТОВ

Пролесковская Инна Витальевна