

Мишљење лекара специјалисте здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите за контролисану кућну самопримену лекова из групе фактора коагулације крви (АТЦ: V02BD)

Назив здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите: _____
у _____

Презиме и име осигураног лица _____

Адреса _____

Основ осигурања _____ рег. број _____

Сродство са носиоцем осигурања: _____

Број здравственог картона/протокола/историје болести _____ Број здравствене књижице _____

ЈМБГ _____ ЛБО _____

МИШЉЕЊЕ ХЕМАТОЛОГА/ПЕДИЈАТРА ЗА КОНТРОЛИСАНУ КУЋНУ САМОПРИМЕНУ ЛЕКА ИЗ ГРУПЕ ФАКТОРА КОАГУЛАЦИЈЕ КРВИ (АТЦ: V02BD)

Осигураном лицу _____ са дијагнозом _____ (МКБ-10 класификација: _____) потребно је да се изда(ју) следећи лек(ови) за потребе контролисане кућне самопримене у количини неопходној за период лечења који није дужи од 30 дана :

ЈКЛ	Заштићен назив лека	Фармацеутски облик и јачина лека	Појединачна терапијска доза за профилаксу	Појединачна терапијска доза за зглобно крварење	Максимална појединачна терапијска доза	Временски период за који се лек прописује	Укупан број за дати период прописаних/издатих	
							инј/инф	ИЈ

Временски интервал примене лека (режим дозирања): 1) код профилаксе: _____
2) код зглобног крварења: _____
3) остало: _____

Напомене: 1) Ово мишљење се даје искључиво уз потписану изјаву о престанку примене лека у условима контролисане кућне самопримене (ХЕМ 1а) и потписану потврду да је осигурано лице стекло сва потребна знања о контролисаној кућној самопримени лека (ХЕМ 1б), које представљају његов саставни део.

2) Ово мишљење важи најдуже 6 месеци од дана издавања за осигурана лица до навршених 18 година, односно најдуже 12 месеци за осигурана лица од 18 година и више.

3) За лекове заштићених назива NovoSeven и FEIBA NF, ово мишљење задржава само здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите у којој ради овлашћени хематолог/педијатар који је издао дато мишљење, јер се прописивање/издавање наведена два лека може вршити искључиво у здравственој установи терцијарног нивоа у којој је мишљење дато.

Датум издавања мишљења: _____

(М. П.)

_____ потпис и факсимил овлашћеног хематолога/педијатра у служби хематологије

Мишљење важи до: _____

_____ потпис и факсимил начелника службе хематологије