

## ZAHTEJEV ZA ODOBRENJEM POČETKA LIJEČENJA OSIGURANE OSOBE LIJEKOM INTERFERONOM BETA

### 1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime		Datum rođenja	
Broj osigurane osobe		Spol	M / Ž
Adresa:			

### 2. DIJAGNOZA

--

### 3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I NALAZI UČINJENIH PRETRAGA

<b>Početak bolesti</b>	
<b>Datum postavljanja dijagnoze</b>	
<b>Dijagnoza bolesti je postavljena u ustanovi</b>	
Bolest traje duže od godinu dana	da / ne
<b>Dijagnoza je postavljena temeljem nalaza učinjenih pretraga</b>	da / ne - datum
MR mozga i kralj.moždine	da / ne
Cerebrospinalni likvor	da / ne
Vidni evocirani potencijali	da / ne
<b>Bolest je relaps-remitentnog oblika</b>	da / ne
Unazad dvije godine zabilježena su najmanje dva relapsa bolesti koja su zahtjevala liječenje	da / ne
1. relaps bolesti – navesti kada je nastupilo pogoršanje (relaps) - na koji je način provedeno liječenje relapsa - da li je pogoršanje zahtjevalo bolničko liječenje (datumi hospitalizacije i u kojoj ustanovi)	-nalazi u prilogu-
2. relaps bolesti – navesti kada je nastupilo pogoršanje (relaps) - na koji je način provedeno liječenje relapsa - da li je pogoršanje zahtjevalo bolničko liječenje (datumi hospitalizacije i u kojoj ustanovi)	-nalazi u prilogu-
ostala pogoršanja (relapsi bolesti) unatrag dvije godine - kada je nastupilo pogoršanje - na koji je način pogoršanje liječeno - da li je pogoršanje bolesti zahtjevalo bolničko liječenje (kada i u kojoj bolničkoj ustanovi)	-nalazi u prilogu-
<b>Zadnji kontrolni neurološki pregled – datum i ustanova</b>	
<b>EDSS (ocjenska ljestvica neurološkog deficita) – ocjena i datum</b>	-nalaz EDSS-a u prilogu-
Odsutnost trudnoće	da / ne
Odsutnost psihičkih poremećaja	da / ne
Kontraindikacije za terapiju interferonom beta	da / ne
Ostalo	

### 4. PREPORUKA ZA LIJEČENJE LIJEKOM INTERFERONOM BETA

<b>Ime lijeka, preporučena doza i shema primjene</b>	
Bolnica	
Ime i prezime specijaliste	
Datum dobivanja preporuke	

### 5. SUGLASNOST BOLNIČKOG POVJERENSTVA ZA LIJEKOVE

Datum	Bolnička zdravstvena ustanova (faksimil)	Potpis Predsjednika Povjerenstva (faksimil)

**NALAZ, MIŠLJENJE I OCJENA:**

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

**Liječničko povjerenstvo za lijekove Direkcije:**

**M. P.**

- |    |                      |       |
|----|----------------------|-------|
| 1. | _____                | _____ |
|    | Ime, prezime, potpis | šifra |
| 2. | _____                | _____ |
|    | Ime, prezime, potpis | šifra |
| 3. | _____                | _____ |
|    | Ime, prezime, potpis | šifra |

Na znanje:

- 1) Ravnatelju bolnice \_\_\_\_\_
- 2) Povjerenstvu za lijekove iste bolnice
- 3) Osigurana osoba \_\_\_\_\_
- 4) HZZO-Područni ured \_\_\_\_\_ (prema mjestu stanovanja osigurane osobe s cjelovitim spisom, radi arhiviranja, koji se dostavlja u prilogu)
- 5) Arhiva - ovdje