

## ZAHTJEV ZA ODOBRENJEM NASTAVKA 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 DOSADAŠNJEM LIJEČENJU

Početak bolesti ili datum postavljanja dijagnoze	
EDSS prije početka liječenja interferonom beta	
<b>Datum početka liječenja lijekom interferonom beta</b>	
<b>Datum zadnjeg odobrenja Zavoda</b>	
EDSS kod zadnjeg odobrenja liječenja	
Odobrena shema primjene lijeka	
Vremenski period za koji je dobiveno odobrenje za liječenje	
Bolnica čija je ljekarna zadužena za opskrbu odobrenim lijekom	
Osigurana osoba redovno obavlja kontrolne neurološke preglede	da / ne
Datumi kontrolnih pregleda od zadnjeg odobrenja liječenja	-nalazi u prilogu-
Osigurana osoba liječenje podnosi dobro	da / ne
<b>EDSS (ocjenska ljestvica neurološkog deficita)</b> - na zadnjem neurološkom pregledu – <b>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
<b>Broj relapsa (pogoršanja bolesti )</b> i eventualnih <b>hospitalizacija unutar zadnjih godinu dana</b> - navesti kada je nastupilo pogoršanje - na koji je način provedeno liječenje - da li je pogoršanje zahtjevalo bolničko liječenje (kada i u kojoj bolničkoj zdravstvenoj ustanovi)	-nalazi u prilogu-
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	
Vremenski period za koji se traži odobrenje liječenja	

### 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