

ZAHTEJEV ZA ODOBRENJEM LIJEČENJA OSIGURANE OSOBE LIJEKOM PEGILIRANIM INTERFERONOM

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

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

2. DIJAGNOZA

--

3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I NALAZI UČINJENIH PRETRAGA

Početak bolesti ili datum postavljanja dijagnoze	
Terapijski status 1. do sada liječen 2. ranije liječen konvencionalnim interferonom 3. drugo	1. da / ne 2. Kada je provedeno liječenje? Nakon provedenog liječenja: a) - došlo je do nestanka viremije (priložiti nalaze viremije tijekom i nakon terapije), a - sada postoji dokazani relaps bolesti s pozitivnim nalazom viremije (PCR metodom) – nalaz u prilogu b) viremija je i dalje prisutna (radi se o tzv. "non responderu") 3. Navesti razloge:
NALAZI	datum i nalaz učinjene pretrage
Anti HCV - pozitivan	
HCV RNA – pozitivan (PCR)	
Viremija – kvantitativni nalaz	
Genotip virusa	
Vrijednost ALT/AST u najmanje dva uzastopna laboratorijska nalaza	
Biopsija jetre (PHD nalaz) – aktivnost - stadij fibroze	
Epidemiološki podatak – ovisnost o alkoholu ili iv. ovisnost: da /ne - apstinencija duža od godine dana: da/ne	nalaz, odnosno potvrda liječnika specijaliste koji liječi osiguranu osobu od
Kontraindikacije za terapiju pegiliranim interferonom da /ne	Ako da, navesti koje

4. PREPORUKA ZA LIJEČENJE LIJEKOM PEGILIRANIM INTERFERONOM

Ime lijeka, dnevna doza lijeka, shema i preporučeno trajanje liječenja	
Bolnica	
Ime i prezime doktora specijaliste	
Datum dobivanja preporuke	
Datum planiranog početka 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