|  |
| --- |
| Образац 2 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назив здравствене установе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Деловодни број протокола

**ПРЕДЛОГ ЗА УПУЋИВАЊЕ НА ЛЕЧЕЊЕ У ИНОСТРАНСТВО**

Потребно је упутити **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (име и презиме осигураног лица, ЈМБГ и ЛБО)

на лечење\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Уписати: стационарно лечење/ амбулантно-поликлиничко лечење/ контролни преглед)

у иностранство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ у трајању од \_\_\_\_ дана јер

 (назив земље)

1. предложено лечење испуњава услове из члана 9. став 1. тач. 1)-3) Правилника о условима и начину упућивања осигураног лица на лечење у иностранство, и то:

(1) исцрпљене су све могућности лечења у Републици Србији;

 (2) лечење које се препоручује научно доказано и прихваћено у пракси, као и да не представља експериментални облик лечења;

 (3) предложено лечење ће довести до значајног продужења и побољшања квалитета живота осигураног лица;

(заокружити)

1. постоји ниска инциденца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( Уписати:домаћи/међународни статистички податак)

**Опис лечења осигураног лица који је до сада спроведен у земљи**

|  |
| --- |
|  |

**ПРАТИОЦИ:**

Осигураном лицу

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пратилац у путу, односно за време амбулантног и стационарног

 (потребан је /није потребан)

 лечења у трајању од \_\_\_\_\_\_\_ дана

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **стручни** пратилац у путу

 (потребан је /није потребан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (навести образложење)

**ДАВАЛАЦ ТКИВА ИЛИ ОРГАНА**

 Осигураном лицу

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ давалац ткива или органа у трајању од \_\_\_\_\_дана.

 (потребан је /није потребан)

**ПРЕВОЗ**

Осигураном лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ превоз

 (потребан је /није потребан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (навести врсту превозног средства, односно навести потребу посебног ваздушног превоза уз образложење)

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (датум)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис и факсимил лекара (Потпис и факсимил лекара (Потпис факсимил лекара

 одговарајуће специјалности) одговарајуће специјалности ) одговарајуће специјалности)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис/факсимил директора ЗУ) Печат здравствене установе

|  |
| --- |
| Образац 3 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назив здравствене установе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Деловодни број протокола

**ПРЕДЛОГ ЗА АНГАЖОВАЊЕ ИНОСТРАНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ СТРУЧЊАКА**

Потребно језа**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (име и презиме осигураног лица, ЈМБГ и ЛБО)

ангажовати иностраног стручњака \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (име и презиме иностраног стручњака)

за лечење\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Уписати: стационарно лечење/ амбулантно-поликлиничко лечење/ контролни преглед)

у трајању од \_\_\_\_ дана јер

1. предложено лечење испуњава услове из члана 9. став 1. тач. 1)-3) Правилника о условима и начину упућивања осигураног лица на лечење у иностранство, и то:

(1) исцрпљене су све могућности лечења у Републици Србији;

 (2) лечење које се препоручује научно доказано и прихваћено у пракси, као и да не представља експериментални облик лечења;

 (3) предложено лечење ће довести до значајног продужења и побољшања квалитета живота осигураног лица;

(заокружити)

1. постоји ниска инциденца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( Уписати:домаћи/међународни статистички податак)

**Опис лечења осигураног лица који је до сада спроведен у земљи**

|  |
| --- |
|  |

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (датум)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис и факсимил лекара (Потпис и факсимил лекара (Потпис факсимил лекара

 одговарајуће специјалности) одговарајуће специјалности ) одговарајуће специјалности)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис/факсимил директора ЗУ) Печат здравствене установе

|  |
| --- |
| Образац 4 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назив здравствене установе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Деловодни број протокола

**ПРЕДЛОГ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ДИЈАГНОСТИЧКИХ ПОСТУПАКА, ОДНОСНО УСПОСТАВЉАЊЕ ДИЈАГНОЗЕ У ИНОСТРАНСТВУ**

Молим да се одобри упућивање \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, односно

 (име и презиме осигураног лица, ЈМБГ и ЛБО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (назив узорка биолшког материјала, име и презиме осигураног лица чији се узорак шаље и ЛБО)

у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ради спровођења дијагностичких поступака, односно успостављања

 (назив земље)

дијагнозе јер су исцрпљене све могућности дијагностике одређене \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (назив одређене ретке генетске болести)

у Републици Србији, а што подразумева учесталост ретке генетске болести у складу са критеријумом Светске здравствене организације 1:2000 у општој популацији и обухвата дијагностику на нивоу метаболита, ензима, патохистолошке анализе (укључујући електронску микроскопију) и генетске анализе (ДНК или РНК), и то:

1. постоји оправдана сумња на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код које постоји

 (назив одређене ретке генетске болести)

специфична терапија регистрована од стране ЕМА и/или Агенције за лекове и медицинска средства Републике Србије;

1. постоји оправдана сумња на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за коју специфична

 (назив одређене ретке генетске болести)

терапија не постоји, али због природе болести постоји потреба за пренаталном дијагностиком у породици (пробанд сродници првог степена и фетални материјал).

(заокружити)

**Опис претходне спроведене дијагностике у земљи**

|  |
| --- |
|  |

**Опис начина дијагностике ретке генетске болести који се спроводи у иностраној здравственој установи:**

|  |
| --- |
|  |

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (датум)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис и факсимил лекара (Потпис и факсимил лекара (Потпис факсимил лекара

 одговарајуће специјалности) одговарајуће специјалности ) одговарајуће специјалности)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Потпис/факсимил директора ЗУ) Печат здравствене установе