

ЛЕК КОЈИ НИЈЕ НА ЛИСТИ ЛЕКОВА ПО ЧЛАНУ 9. ПРАВИЛНИКА О САДРЖАЈУ И ОБИМУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И О ПАРТИЦИПАЦИЈИ

Подаци о здравственој установи

Здравствена установа: _____

Адреса здравствене установе: _____

Подаци о пацијенту

Лек се обезбеђује за пацијента: _____
(име и презиме)

Дијагноза:

Подаци о леку

Заштићени назив лека: _____

Генерички назив (интернационални незаштићени назив INN): _____

Фармацеутски облик, јачина и паковање: _____

Произвођач лека (назив и адреса): _____
 _____ (назив произвођача)
 _____ (адреса произвођача)

Да ли је дата дозвола за промет лека у Републици Србије : ДА НЕ

Уколико је одговор ДА навести назив _____ (назив носиоца дозволе)

и адресу носиоца дозволе за лек: _____
(адреса носиоца дозволе)

*Количина лека и период за који је та количина лека потребна: _____

Да ли на Листи лекова постоји одговарајући лек по INN-у : ДА НЕ

Да ли на Листи лекова постоји одговарајући лек по фармацеутском облику или јачини (заокружити):

Уколико је одговор НЕ заокружити по чему не одговара: Фармацеутском облику Јачини лека

Да ли се индикација за лек који се обезбеђује налази у сажетку карактеристика лека од стране Агенције за лекове и медицинска средства Србије, у делу терапијске или дијагностичке индикације :

Уколико за лек није издата дозвола за стављање у промет у Републици Србији, навести земљу/земље Европске уније односно земљу/земље са сличним захтевима у погледу издавања дозволе за лек као у земљама Европске уније, која/које у дозволи за лек има/имају одобрену индикацију која је предмет захтева:

Мишљење три доктора медицине одговарајуће специјалности

Овим потврђујемо да је лек неопходан наведеном пацијенту, као и да су исцрпљене све друге терапијске могућности лечења.

20 год.

* У случају промене количине лека или периода за који се лек обезбеђује потребно је попунити нови образац