***JÁRÓBETEG GYÓGYSZERIGÉNYLŐ LAP***

Magyarországon forgalomba hozatali engedéllyel nem rendelkező külföldi gyógyszerkészítményre, járóbeteg-ellátásban történő alkalmazásra.

I. Adatok

1. A gyógyszer neve: ..............................................................................................................

2. Hatóanyaga: ........................................................................................................................

3. Hatáserőssége: ....................................................................................................................

4. Gyógyszerformája: .............................................................................................................

5. Gyártója:..............................................................................................................................

6. Az igényelt gyógyszer mennyisége:.....................................................................................

7. Napi adagja: .................... a gyógyszeres kezelés várható időtartama: ...../hét/hónap (maximum 12 hónap).

II. Kérem az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet nyilatkozatát, hogy a nevezett készítmény az Európai Gazdasági Térség (a továbbiakban: EGT) tagállamában, illetve az Európai Közösséggel vagy az EGT-vel megkötött nemzetközi szerződés alapján az EGT tagállamával azonos jogállást élvező államban

forgalomba hozatali engedéllyel rendelkezik ......................................................... tagállamban

................................................................................................ indikációban\*

forgalomba hozatali engedéllyel nem rendelkezik, ez esetben kérem a megrendelés engedélyezését\*

III. Kérem az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetet, hogy az igényelt gyógyszer alkalmazását a különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek szempontjából

engedélyezze\*/véleményezze.\*

Ehhez az alábbi adatokat terjesztem elő:

A beteg neve: ................................................................................................ Életkor: ............ év

TAJ száma: ...................................................................................................................................

Lakáscíme: ...................................................................................................................................

Kiskorú esetén törvényes képviselő neve:..................................................................................

A beteg diagnózisa (kórkép), terápiája és az igényelt gyógyszer szükségességének indokolása, a forgalomban lévő gyógyszerekkel való kezeléssel szembeni előnyei, valamint az eddig használt gyógyszerekkel való kezelés eredménytelenségének indokolása (a 6 hónapnál nem régebbi részletes kórrajzot is mellékelem):

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(szükség esetén a hátlapon folytatható)

Az igényelt gyógyszerrel a beteg korábban kezelésben részesült\*/nem részesült\*

a ........................................... (fekvőbeteg-gyógyintézetben) .....................................................

.............................................. osztályon ................... adagban ........................................... ideig

Az igénylő orvos neve: ...............................................................................................................

Munkahelye: ................................................................................................................................

Kijelentem, hogy az igényelt gyógyszert, annak hatását, javallatait és ellenjavallatait, alkalmazásának módját, káros mellékhatásait és ezek elkerülésének módját ismerem. Az igényelt gyógyszert más rendelkezésre álló készítménnyel nem tudom helyettesíteni, és a beteg megfelelő kezelését csak ezzel tudom biztosítani. Az igényelt gyógyszer alkalmazásáért a felelősséget vállalom. Tudomásul veszem, hogy az igényelt gyógyszer hatósági ellenőrzésre nem kerül. A gyógyszer alkalmazásáról az alkalmazási előiratban és az idegen nyelvű betegtájékoztatóban foglaltaknak megfelelően a beteget tájékoztattam.

Keltezés: ..................................

................................................

orvos aláírása

P. H.

|  |
| --- |
|  |

\* A nem kívánt rész törlendő.