

Odôvodnenie žiadosti s uvedením dôvodu, prečo nie je možné použiť dostupné registrované porovnateľné lieky

Predložená žiadosť je: prvá žiadosť o individuálne povolenie opakovaná žiadosť *

* (potrebné predložiť správu o doterajších výsledkoch liečby pacienta týmto liekom – znášateľnosť liečby pacientom, výskyt a vyhodnotenie NÚL, odôvodnenie ďalšieho pokračovania liečby požadovaným liekom)

Odôvodnenie požadovaného množstva lieku a dĺžky liečby

Predpoklad opakovania žiadosti Ak áno, uviesť dôvody opakovania žiadosti.

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak je žiadateľ zamestnancom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti)

Riaditeľ zdravotníckeho zariadenia odtlačok pečiatky	Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti odtlačok pečiatky	Etická komisia odtlačok pečiatky
Dátum podpis	Dátum Podpis	Dátum Podpis

VYJADRENIE: (vyplňuje sa, ak je žiadateľ zamestnancom neštátneho zdravotníckeho zariadenia)

Krajský odborník MZ SR pre špecializačný odbor odtlačok pečiatky	Komisia pre racionálnu farmakoterapiu a liekovú politiku zariadenia ústavnej starostlivosti alebo samosprávneho kraja odtlačok pečiatky	Etická komisia samosprávneho kraja odtlačok pečiatky
Dátum podpis	Dátum Podpis	Dátum Podpis

Vyplnená žiadosť opatrená s originálnymi podpismi a odtlačkami pečiatok sa posiela na Ministerstvo zdravotníctva SR, odbor farmácie Limbová 2, 832 57 Bratislava, 1x v origináli. Tlačivo je dostupné v elektronickej forme na internetovej adrese Ministerstva zdravotníctva SR www.health.gov.sk v časti Formuláre. © MZ SR JL 2009