

ЛЕК ПО ЧЛАНУ 9. СТ. 2-5. ПРАВИЛНИКА О САДРЖАЈУ И ОБИМУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И О ПАРТИЦИПАЦИЈИ ЗА 2021. ГОДИНУ

Подаци о здравственој установи

Здравствена установа: _____

Адреса здравствене установе: _____

Подаци о пацијенту

Лек се обезбеђује за пацијента: _____

(име и презиме)

ЈМБГ

ЛБО

Индикација за примену лека: _____

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 (заокружити): **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 (заокружити): **ДА** **НЕ**

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

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 индикације (заокружити): **ДА** **НЕ**

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.

Потпис/факсимил доктора медицине
одговарајуће специјалности

Потпис/факсимил доктора медицине
одговарајуће специјалности

Потпис/факсимил доктора медицине
одговарајуће специјалности

Печат здравствене
установе

Потпис/факсимил
директора здравствене
установе

_____ 20__ год.

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

НАПОМЕНА: Попунити у два примерка од којих један задржава здравствена установа