

**Wniosek o chemioterapię/farmakoterapię\* niestandardową**

\* niepotrzebne skreślić\_

Do Dyrektora .....Oddziału Wojewódzkiego NFZ

**Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**

|       |  |
|-------|--|
| Nazwa |  |
|-------|--|

|  |  |
|--|--|
| Numer umowy z Funduszem w zakresie odpowiednio:<br>chemioterapii albo leczenia szpitalnego |  |
|--|--|

**Dane Świadczeniobiorcy (pacjenta)**

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Opis świadczenia z podaniem schematu chemioterapii / farmakoterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury**

Rozpoznanie słowne:

.....  
 .....

Kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD 10:

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  | . |  |
|--|--|--|--|---|--|

Skrócona nazwa schematu (o ile występuje w literaturze) .....

Przebieg dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie do proponowanego leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

| Nazwa międzynarodowa leku                                    | Nazwa handlowa leku | Postać leku | Dawka leku w postaci | Ilość leku na 1 cykl (wraz z jednostką miary – mg; g; j.m. itp.) | Dawkowanie leku                             |  |  |                            |  |                     | Długość cyklu wraz z przerwą pomiędzy podaniami | Wartość leku brutto w zł |
|--|---------------------|-------------|----------------------|--|---|--|--|----------------------------|--|---------------------|---|--------------------------|
|  |                     |             |                      |  | Definicja dawki w jednym podaniu (liczba) * | Jednostka miary dawki w jednym podaniu (mg; g; j. m. itp.) | Sposób obliczenia dawki podanej (właściwe zakreślić) | Wartość parametru pacjenta | Wyliczo na dawka należna dla pacjenta ** | Dzień / dni podania |   |                          |
|  |                     |             |                      |  |   |  | /m <sup>2</sup><br>/kg m. c.<br>Bezpośrednio         |                            |  |                     |   |                          |
|  |                     |             |                      |  |   |  | /m <sup>2</sup> /<br>kg m. c.<br>Bezpośrednio        |                            |  |                     |   |                          |
|  |                     |             |                      |  |   |  | /m <sup>2</sup> /<br>kg m. c.<br>Bezpośrednio        |                            |  |                     |   |                          |
| Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym schemacie / terapii |                     |             |                      |  |   |  |  |                            |  |                     |   |                          |
| Sumaryczna wartość leków we wszystkich cyklach / terapii     |                     |             |                      |  |   |  |  |                            |  |                     |   |                          |

\* - ilość leku jaka będzie podana pacjentowi na jednostkę parametru tj. na 1m<sup>2</sup> lub 1kg lub bezpośrednio (bez względu na wagę oraz powierzchnię ciała)

\*\* - ilość leku jaka będzie faktycznie podana pacjentowi tj. wartość powstała z pomnożenia dawki z definicji przez parametr

Przewidywana liczba cykli wg opisanego powyżej schematu: .....

|   |        |                             |            |                             |
|---|--------|-----------------------------|------------|-----------------------------|
| Planowany termin realizacji świadczenia | Cykl 1 | Od dnia ..... do dnia ..... | Cykl ..... | Od dnia ..... do dnia ..... |
|   | Cykl 2 | Od dnia ..... do dnia ..... | Cykl ..... | Od dnia ..... do dnia ..... |
|   | Cykl 3 | Od dnia ..... Do dnia ..... | ...        | ...                         |

|               |  |
|---------------|--|
| .....<br>Data | .....<br>Podpis i pieczętka lekarza wnoszącego |
|---------------|--|

|               |  |
|---------------|--|
| .....<br>Data | .....<br>podpis i pieczętka dyrektora Świadczeniodawcy wnoszącego o leczenie |
|---------------|--|

**Opinia konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny wraz z uzasadnieniem terapeutycznym**

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

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć konsultanta