Образац ЛВЛЛ

ЛЕК ПО ЧЛАНУ 9. СТ. 2-5. ПРАВИЛНИКА О САДРЖАЈУ И ОБИМУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И О ПАРТИЦИПАЦИЈИ ЗА 2020. 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
_____	_____	_____ 20___год.
Печат здравствене установе	Потпис/факсимил директора здравствене установе	

* 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