

**Интерни налог за прописивање и издавање лекова из групе фактора коагулације крви (АТЦ:
B02BD) за контролисану кућну самопримену**

Назив здравствене установе у којој се прописује и издаје лек: _____
у _____

Презиме и име осигураног лица _____

Адреса _____

Основ осигурања _____ рег. број _____

Сродство са носиоцем осигурања: _____

Број здравственог картона/протокола/историје болести _____ Број здравствене књижице _____

ЈМБГ _____ ЛБО _____

**НАЛОГ ЗА ПРОПИСИВАЊЕ И ИЗДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈА /ИНФУЗИЈА ФАКТОРА КОАГУЛАЦИЈЕ КРВИ ЗА КОНТРОЛИСАНУ
КУЋНУ САМОПРИМЕНУ**

На основу приложеног оригинала мишљења лекара специјалисте (овлашћеног хематолога/педијатра из службе за хематологију) здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите _____ од дана _____ (назив ЗУ) _____ године, осигураном лицу _____ са дијагнозом _____ (име и презиме) _____ (назив дијагнозе)

(МКБ-10 класификација: _____) потребно је да се изда(ју) следећи лек(ови) за потребе контролисане кућне самопримене за период који није дужи од 30 дана:

ЈКЛ	Заштићен назив лека	Фармацеутски облик и јачина лека	Појединачна терапијска доза за профилаксу	Појединачна терапијска доза за зглобно крварење	Максимална појединачна терапијска доза	Времени период за који се лек издаје	Број за дати период прописаних/издатих		Серијски број издатих инј/инф
							инј/ инф	ИЈ	

Напомене: 1) Уколико осигурано лице утרוши прописану/издату количину лека пре истека временског периода који је назначен у мишљењу лекара хематолога/педијатра из службе за хематологију здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите, неопходно је да се осигурано лице одмах јави на контролу у горе наведену здравствену установу терцијарног нивоа здравствене заштите ради добијања новог мишљења од овлашћеног хематолога/педијатра.

2) Лекови заштићеног назива NovoSeven i FEIBA NF могу да се прописују и издају за потребе контролисане кућне самопримене искључиво у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите у којој је дато мишљење овлашћеног хематолога/педијатра.

3) Овај налог (ХЕМ 2) се сачињава у два примерка, од којих један примерак задржава здравствена установа у којој се прописује/издаје лек, док се други примерак даје осигураном лицу/родитељу-старатељу осигураног лица.

4) Мишљење лекара специјалисте здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите (ХЕМ 1, ХЕМ 1а и ХЕМ 1б) задржава здравствена установа у којој се лек прописује/издаје.

Датум прописивања/издавања лека: _____

(М. П.)

_____ потпис и факсимил лекара

_____ потпис осигураног лица/родитеља-старатеља
које преузима лек

_____ потпис и факсимил начелника одељења