|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | Hemato-onkologická klinika | | | | | | | | | | |
| **Pověřená – předkládající osoba:** | | | | | Peter Rohoň, doc., MUDr., Ph.D. | | | | | | | |
|  | | |  | | **jméno, příjmení** | | | | | | | |
|  | | |  | | lékař | | | | | | | |
|  | | |  | | **pracovní zařazení** | | | | |  | | |
|  | | |  | | 58844/2790 | | | | | peter.rohon@fnol.cz | | |
|  | | |  | | **telefon** | | | | |  | **e-mail** | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
| **Název léčivého přípravku:** | | | | | **Bosulif** | | | | | | | |
|  | | |  | | **balení** | | 1 balení á 28 tbl. | | | | | |
|  | | |  | | **forma** | | tbl. | | | | | |
|  | | |  | | **síla** | | 500 mg | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |
| **Předpokládaná cena za balení v Kč bez DPH:** | | | | | | | | 113 394,45 (viz příloha 2) | | | | |
| **Předpokládaný počet pacientů v daném roce:** | | | | | | | | 1-2 | | | | |
| **Náklady na 1 pacienta a rok v cenách bez DPH:** | | | | | | | | 1 360 733,4 | | | | |
| **Předpokládaná doba trvání léčby:** | | | | | | | | trvalá medikace | | | | |
| **Podrobná specifikace medicínského přínosu** (doložit v příloze): | | | | | | | | | | | | viz příloha 1, příloha 3 |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **Zdroj financování** (volbu označte křížkem )**:** | | | | | | | | |  | | | |
| Rozpočet FNOL | | | | | | | | | jiný dotační titul | | | |
| dar | | | | | | | | | jiný: | | | |
| Dodávky v rámci sjednaného klinického hodnocení | | | | | | | | | | |  | |
| **Potvrzení finančního krytí:**  (max. úhrada ze zdravotního pojištění v Kč za 1 balení) | | | | | | | | | | | Úhrada nestanovena, léčba v režimu dle par. 16 zák.č. 48/1997 Sb. | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Předseda Lékové komise FNOL:** | | | |  | | | |
| Vyjádření k žádosti: | | | | Schvaluji | | | Neschvaluji (důvod) |
|  | Jedná se o výjimečné použití přípravku pro pacienta, u něhož selhala léčba první volby a | | | | | | |
|  | který netoleruje léky druhé volby a nepřipadá u něj v úvahu TKD. | | | | | | |
|  | I v budoucnu se bude zřejmě jednat o výjimečné použití v podobných případech. | | | | | | |
| Datum: | |  | Jméno, příjmení: | |  | Razítko, podpis | |
|  | |  | doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D. | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Členové Lékové komise FNOL:** | | |  | |
|  |  |  | |  |
| **Jméno, příjmení** | | **Schvaluji** | | **Razítko, podpis** |
| Mgr. Robert Běhal | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Antonín Hluší, Ph.D. | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Eleni Mikušková | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Vlastislav Šrámek, Ph.D., MBA | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |
|  | | ANO  NE | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Přizvaní:** | | |  | |
|  |  |  | |  |
| **Jméno, příjmení** | | **Schvaluji** | | **Razítko, podpis** |
| **OZPI Mgr. Ivana Aleksičová** | | ANO  NE | |  |
| **OBN Ing. Čeněk Merta** | | ANO  NE | |  |
| **EN Aleš Kotásek, Dis.** | | ANO  NE | |  |