|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | NCH klinka FNOL | | | | | | | | | | | | | |
| **Pověřená – předkládající osoba:** | | | | | | Doc.MUDr.Vaverka Miroslav, CSc. | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | **jméno, příjmení** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | přednosta | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | **pracovní zařazení** | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | 734423533 | | | | | vaverka.miroslav@seznam.cz | | | | |
|  | | | |  | | **telefon** | | | | |  | **e-mail** | | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | | |
| **Název léčivého přípravku:** | | | | | | **GLIOLAN 30mg/ml** | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | **balení** | | **POR PLV SOL 1X1,5G** | | | | | | | |
|  | | | |  | | **forma** | | Prášek pro přípravu inj. roztoku | | | | | | | |
|  | | | |  | | **síla** | | 1,5g | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | | | | |
| **Předpokládaná cena za balení v Kč bez DPH:** | | | | | | | | | 27241,48Kč | | | | | | |
| **Předpokládaný počet pacientů v daném roce:** | | | | | | | | | 30x | | | | | | |
| **Náklady na 1 pacienta a rok v cenách bez DPH:** | | | | | | | | | Vide supra | | | | | | |
| **Předpokládaná doba trvání léčby:** | | | | | | | | | Jednorázové peroperační podání | | | | | | |
| **Podrobná specifikace medicínského přínosu** (doložit v příloze): | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Jednání stran rozpočtu 2017 bude teprve následovat, přípravek je plně hrazený ZP, je součástí zvažované spozřeby při op. mozkových gliomů** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zdroj financování** (volbu označte křížkem )**:** | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Rozpočet FNOL | | | | | | | | | | jiný dotační titul | | | | | |
| dar | | | | | | | | | | jiný: | | | | | |
| Dodávky v rámci sjednaného klinického hodnocení  **Pozn.:** Náklady na první cca půlrok použití ponese výrobce léku –nabídka dodávek za 1Kč/balení | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Potvrzení finančního krytí:**  (max. úhrada ze zdravotního pojištění v Kč za 1 balení) | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | | | |
| **Předseda Lékové komise FNOL:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Vyjádření k žádosti: | | | | | | Schvaluji | | | | | | | | Neschvaluji (důvod) | |
|  | Léková komise souhlasí se zavedením přípravku GLIOLAN v indikacích dle platné | | | | | | | | | | | | | | |
|  | registrační dokumentace. | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum: | |  | Jméno, příjmení: | | | | | | | | |  | Razítko, podpis | | |
| 5. 12. 2016 | |  | doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D. | | | | | | | | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Členové Lékové komise FNOL:** | | |  | |
|  |  |  | |  |
| **Jméno, příjmení** | | **Schvaluji** | | **Razítko, podpis** |
| Mgr. Robert Běhal | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Eleni Mikušková | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Marta Neklanová | | ANO  NE | |  |
| MUDr. Ladislav Blahut | | ANO  NE | |  |
| doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D. | | 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 | |  |