|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pracoviště:** | Onkologická klinika FN Olomouc | | | | | |
| **Pověřená – předkládající osoba:** | | Prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D. | | | | |
|  | | **jméno, příjmení** | | | | |
| Přednosta kliniky | | | | |
| **pracovní zařazení** | | | | |
| 4288 |  | | bohuslav.melichar@fnol.cz | |
| **telefon** | |  | | **e-mail** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Název léčivého přípravku:** | LARTRUVO 500MG | |
|  | **Forma** | i.v. |
|  | **Balení** | 10MG/ML INF CNC SOL 1X50ML |
|  | **Síla** | 10MG/ML |

|  |  |
| --- | --- |
| **Předpokládaná cena za balení v Kč vč. DPH:** | |
| Pro zjištění aktuální ceny kontaktujte lékárnu na kl. 4386 | 38 229 |
| **Předpokládaný počet pacientů v daném roce:** | 1 |
| **Náklady na 1 pacienta a rok v cenách vč. DPH:** | 611 664 Kč/ 3 měsíce |
| **Předpokládaná doba trvání léčby:** | 1 rok |

**Zdroj financování** (volbu označte křížkem )**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rozpočet FNOL | jiný dotační titul |
| dar | jiný: |
| Dodávky v rámci sjednaného klinického hodnocení | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Potvrzení finančního krytí:** | |
| Např. max. úhrada ze zdravotního pojištění, odkaz na dotační smlouvu, schválení mimořádné úhrady apod. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lék má ukončeny klinické studie fáze III.** | ANO  NE | |
| Bez studií fáze III platí schválení pouze jednorázově pro konkrétního pacienta. | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Podrobný popis medicínského přínosu:** | Žádáme o schválení nového léčivého přípravku, který je schválen revizním lékařem ČPZP – kopie rozhodnutí o úhradě léku v příloze. Jedná se o chválení konkrétního klienta uvedeného v příloze. |
| Relevantní dokumenty přiložte jako přílohu. |
|  |
| **Porovnání se stávajícími možnostmi léčby (včetně nákladové rozvahy):** | |
| Relevantní dokumenty přiložte jako přílohu. |  |
|  |
| **Schválení žádosti přednostou předkládajícího pracoviště:** | |
| Schválení není třeba, pokud je přednosta zároveň předkladatelem žádosti. Při podávání žádosti v elektronické podobě je postačující uvedení přednosty do kopie e-mailu s žádostí | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Jméno, příjmení: |  | Razítko, podpis |
| 10. 1. 2018 |  | Prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D. |  |  |

**Předseda Lékové komise FNOL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vyjádření k žádosti: | Schvaluji  Neschvaluji (důvod) |
| Léková komise souhlasí s výjimečným použitím přípravku LARTRUVO u v žádosti | |
| uvedeného pacienta, u kterého aktuálně není jiná alternativa léčby a existuje nebezpečí | |
| z prodlení. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Jméno, příjmení: |  | Razítko, podpis |
| 12. 1. 2018 |  | Doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D. |  |  |

**Hlasování členů Lékové komise FNOL:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** | **Schvaluji** |
| Mgr. Robert Běhal | ANO  NE |
| MUDr. Antonín Hluší, Ph.D. | ANO  NE |
| MUDr. Eleni Mikušková | ANO  NE |
| MUDr. Vlastimil Šrámek, Ph.D., MBA | ANO  NE |
|  | ANO  NE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vyjádření vedoucího OZPI:** | | | |
| Jméno:  Mgr. Ivana Aleksičová | Datum: | | Razítko,  podpis: |
|  | | | |
| **Schválení EN:** | ANO  NE | | |
| Jméno:  Ing. Tomáš Uvízl | Datum: | Razítko,  podpis: | |
|  | | | |
| **Vyjádření vedoucího ONLEK:** | | | |
| Jméno:  Ing. Kateřina Ondráčková | Datum: | Razítko,  podpis: | |
|  | | | |
| **Schválení OBN:** | ANO  NE | | |
| Jméno:  Ing. Čeněk Merta | Datum: | Razítko,  podpis: | |