|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | Klinika chorob kožních a pohlavních | | | | | | | | | | |
| **Pověřená – předkládající osoba:** | | | | | MUDr. Martin Tichý, Ph.D | | | | | | | |
|  | | |  | | **jméno, příjmení** | | | | | | | |
|  | | |  | | Pověřený vedením kliniky | | | | | | | |
|  | | |  | | **pracovní zařazení** | | | | |  | | |
|  | | |  | | 4501, 4530 | | | | | tichy.martin.jun@fnol.cz | | |
|  | | |  | | **telefon** | | | | |  | **e-mail** | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
| **Název léčivého přípravku:** | | | | | Taltz | | | | | | | |
|  | | |  | | **balení** | | |  | | --- | |  |   Inj sol PEP 2x1 ml | | | | | |
|  | | |  | | **forma** | | inj | | | | | |
|  | | |  | | **síla** | | 80mg | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |
| **Předpokládaná cena za balení v Kč bez DPH:** | | | | | | | | 41 378, 63 Kč | | | | |
| **Předpokládaný počet pacientů v daném roce:** | | | | | | | | 6 | | | | |
| **Náklady na 1 pacienta a rok v cenách bez DPH:** | | | | | | | | ***1.rok léčby***: 351 718,355 Kč ***další roky:*** 268 961, 095 Kč | | | | |
| **Předpokládaná doba trvání léčby:** | | | | | | | | Kontinuální | | | | |
| **Podrobná specifikace medicínského přínosu** (doložit v příloze): | | | | | | | | | | | |  |
|  | Viz příloha | | | | | | | | | | | |
| **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) | | | | | | | | | | | 41 378, 63 Kč –viz zpráva SUKL | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Předseda Lékové komise FNOL:** | | | |  | | | |
| Vyjádření k žádosti: | | | | Schvaluji | | | Neschvaluji (důvod) |
|  | Léková komise souhlasí se zavedením přípravku TALTZ v indikacích dle platné | | | | | | |
|  | registrační dokumentace. | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Datum: | |  | Jméno, příjmení: | |  | Razítko, podpis | |
| 28. 6. 2017 | |  | 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. Renata Kučerová | | 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 Ing. Tomáš Uvízl** | | ANO  NE | |  |