|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | Ortopedická klinika FNOL | | | | | | | | | | |
| **Pověřená – předkládající osoba:** | | | | | prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D. | | | | | | | |
|  | | |  | | **jméno, příjmení** | | | | | | | |
|  | | |  | | Přednosta kliniky | | | | | | | |
|  | | |  | | **pracovní zařazení** | | | | |  | | |
|  | | |  | | 588 443 539  588 443 607 | | | | | jiri.gallo@fnol.cz | | |
|  | | |  | | **telefon** | | | | |  | **e-mail** | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | |
| **Název léčivého přípravku:** | | | | | **Xydalba 500 mg** | | | | | | | |
|  | | |  | | **balení** | | 1 x 500mg | | | | | |
|  | | |  | | **forma** | | Prášek pro koncentrát | | | | | |
|  | | |  | | **síla** | | 500 mg | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |
| **Předpokládaná cena za balení v Kč bez DPH:** | | | | | | | | Nebyla zatím stanovena | | | | |
| **Předpokládaný počet pacientů v daném roce:** | | | | | | | | Předmětem daru má být dávka pro 1 pac. | | | | |
| **Náklady na 1 pacienta a rok v cenách bez DPH:** | | | | | | | | Nelze zatím určit | | | | |
| **Předpokládaná doba trvání léčby:** | | | | | | | | V naší indikaci 6 – 12 týdnů | | | | |
| **Podrobná specifikace medicínského přínosu** (doložit v příloze): | | | | | | | | | | | | Přílohu přikládám |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **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) | | | | | | | | | | | Není zatím stanovena | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Předseda Lékové komise FNOL:** | | | |  | | | |
| Vyjádření k žádosti: | | | | Schvaluji | | | Neschvaluji (důvod) |
|  | Léková komise souhlasí se zavedením přípravku XYDALBA pro dospělé pacienty z | | | | | | |
|  | Ortopedické kliniky. O schválení pro konkrétního pacienta rozhodne antibiotické středisko | | | | | | |
|  | FNOL. | | | | | | |
| Datum: | |  | Jméno, příjmení: | |  | Razítko, podpis | |
| 15. 8. 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 | |  |
| prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D. | | 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 | |  |