

**Wniosek na chemioterapię niestandardową****Do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ****Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**

Nazwa	
-------	--

Numer umowy z Funduszem w zakresie chemioterapii	
--	--

**Dane świadczeniobiorcy (pacjenta)**

PESEL | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Opis świadczenia z podaniem schematu chemioterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury****Rozpoznanie:****Przebieg dotychczasowego leczenia:****Uzasadnienie do proponowanego leczenia:****Pow. ciała / masa ciała /nie dotyczy :** pow.ciała 1,7 m2**Liczba cykli wg opisanego poniżej schematu:** 2 cykle**Droga podania leku:** iv

Nazwy leków	Ilość leku	Dawkowanie leku	Wartość leku	Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym w schemacie
<b>MITOXANTRONUM</b>	612 mg	6 mg/m2 dzień 1-6	100 zł	155 zł.
<b>CYTARABINUM</b>	10 200 mg	1000 mg/m2 dzień 1-6	30 zł	
<b>ETOPOSIDUM</b>	272 mg	80 mg/m2 dzień 3,6	25 zł	
x	x	x	x	

<b>Planowany termin realizacji świadczenia</b>	<b>08.03.06- 13.03.06</b> <b>20.03.06 – 26.03.06</b>
--	---

.....  
data.....  
podpis i pieczęć lekarza wnioskującego**Opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej wraz z uzasadnieniem**

--

.....  
data.....  
podpis konsultanta