



..... dnia r.

**Informacja dla lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z rozpoznaniem
lub podejrzeniem pęcherzowego oddzielania naskórka**

Imię i nazwisko

.....

Numer PESEL (jeśli został nadany): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stan kliniczny i dotychczasowy przebieg choroby:

Aktualne zapotrzebowanie na wyroby medyczne (w ujęciu miesięcznym):

Nazwa własna lub rodzajowa wyrobu	Ilość sztuk
.....
.....
.....
.....
.....

Aktualne zapotrzebowanie na produkty lecznicze (w ujęciu miesięcznym):

Nazwa handlowa lub czynna leku	Ilość sztuk
.....
.....
.....
.....
.....

**Aktualne zapotrzebowanie na żywność specjalnego przeznaczenia medycznego
(w ujęciu miesięcznym):**

Nazwa handlowa środka

Ilość sztuk

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Dodatkowe istotne informacje:

Lista załączonych dokumentów (jeżeli dotyczy):

Pieczętka z PWZ i podpis lekarza

.....

Uwaga:

W przypadku podejrzenia pęcherzowego oddzielania naskórka (rozpoznanie ICD-10: Q81.9) konieczność potwierdzenia zasadności korzystania z wyrobów medycznych / produktów leczniczych / środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przez Konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii lub osobę wskazaną przez niego.

Pieczętka i podpis konsultanta krajowego

.....