

WZÓR

**Opinia konsultanta krajowego/ wojewódzkiego w sprawie zastosowania
u świadczeniobiorcy leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii
lekowych (RDTL)**

Nr opinii

(wprowadza OW NFZ)

Dane konsultanta wydającego opinię

Imię i nazwisko:

Konsultant krajowy / Konsultant wojewódzki (*niepotrzebne skreślić*) w dziedzinie:

Numer prawa wykonywania zawodu (NPWZ) konsultanta wydającego opinię.....

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek

Nazwa:

Adres:

NIP: REGON:

Dane Świadczeniobiorcy

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (wypełnić w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL)

Data urodzenia Płeć: K M

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż świadczeniobiorca, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego świadczeniobiorcy wraz z adnotacją o zamieszczeniu danych osoby innej niż świadczeniobiorca (wypełnić w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru)

Wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego (kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD – 10).....

.....

Informacje dotyczące wnioskowanego leku

Nazwa międzynarodowa:

Nazwa handlowa:

Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt:

Dawka:

Postać farmaceutyczna:.....

Ilość leku (rozumiana jako ilość substancji czynnej) finansowanego w ramach wnioskowanej terapii RDTL:

.....

Sposób dawkowania:

Planowany okres terapii lub liczba cykli leczenia:

- Liczba podań w cyklu
- Maksymalna długość cyklu

Wartość brutto wnioskowanej terapii ogółem:

Opinia konsultanta w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy wraz z uzasadnieniem terapeutycznym:

pozytywna ☐

negatywna ☐

Oświadczenie konsultanta krajowego/ wojewódzkiego

Potwierdzam, że zostały już wyczerpane u danego świadczeniobiorcy wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych.

Ocena zasadności zastosowania produktu leczniczego u Pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... Data Podpis Konsultanta
---------------	-----------------------------