

## Søknad om dekning av utgifter til cox-2 hemmere etter § 3 bokstav a i blåreseptforskriften

Utfylling av denne blanketten honoreres av folketrygden med taksten H1.

Søknaden skal til (adresse):  
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)

### 1. Opplysninger om pasienten

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)	
Adresse		Bostedskommune	
Diagnose (Kryss av)			
<input type="checkbox"/> Reumatoid artritt	<input type="checkbox"/> Kronisk sterke smerter	<b>Ved andre indikasjoner må behandlingen være instituert av relevant spesialist. Bruk standardskjema (NAV 05-14.05)</b>	
<input type="checkbox"/> Ankyloserende spondylitt	<input type="checkbox"/> Alvorlig symptomgivende gonarthrose		
<input type="checkbox"/> Alvorlig symptomgivende coxarthrose			

### 2. Opplysninger om søkende lege

Etternavn, fornavn	Spesialitet	HPR-nummer
Adresse (arbeidssted)	Telefonnummer	

### 3. Generelle vilkår

<input type="checkbox"/> Sykdommen er gått inn i en langvarig fase og det er behov for langvarig behandling
<input type="checkbox"/> Behandlingen skjer utenfor sykehus/institusjon

### 4. Omsøkt preparat

<input type="checkbox"/> Arcoxia, etoricoxib <input type="checkbox"/> Celebra, celecoxib	Legemiddelklasse
---	------------------

### 5. Tidligere behandling

Preparat (er)	Dosering (døgndose)

### 6. Begrunnelse for å skifte behandling

<b>6.1</b>	Pasienten har verifisert ulcussykdom (bekreftet ved enten røntgenundersøkelse eller gastroskopi) under behandling med NSAID? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Pasienten har tidligere hatt ulcerus som ikke er Helicobacterrelatert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Pasienten har aterosklerotisk hjertekarsykdom eller høy risiko for slik sykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Andre særlige grunner som taler for bruk av cox-2-hemmer (skriv vurderingen i felt 6.2 eller på eget ark): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Legen må dokumentere sin nytte/risiko-vurdering av langtidsbehandling med cox-2-hemmer. I vurderingen skal nytten av behandlingen veies opp mot risikoen for hjertekarsykdom og magetarmbivirkninger (skriv vurderingen i felt 6.2 eller på eget ark).

**6. Begrunnelse for å skifte behandling/begrunnelse for behandlingen (fortsetter)**

<b>6.2</b>	Utdypende begrunnelse for å skifte behandling/- for behandlingen (må fylles ut):
------------	--

**7 Instituering (Fylles ut når en annen lege har instituert behandlingen)**

Etternavn, fornavn	Spesialitet/sykehusavdeling	Dato for konsultasjon
--------------------	-----------------------------	-----------------------

**8. Vedlegg fra legen**

<input type="checkbox"/> Vitenskapelig studie	<input type="checkbox"/> Prøvesvar	<input type="checkbox"/> Andre vedlegg, spesifiser:
---	------------------------------------	---

**9.Samtykke fra pasient**

<input type="checkbox"/> Pasienten har samtykket til at kopi av vedtak kan sendes til undertegnede lege
---

**10. Legens signatur**

Sted og dato	Legens underskrift og stempel
--------------	-------------------------------

**Generell informasjon/veiledning**

Skjemaet benyttes i forbindelse med søknad om individuell refusjon til legemidler. Søknaden fylles ut av legen på vegne av pasienten, og honoreres med takst L10 for arbeidet. Ved behov for utfyllende opplysninger kan ikke ny takst kreves.

Søknaden sendes til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) i den regionen pasienten tilhører;

<b>Oslo:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Oslo Postboks 6721 Etterstad, 0609 Oslo	<b>Akershus, Østfold, Oppland, Hedmark:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Øst Serviceboks 1412, 1602 Fredrikstad
<b>Vestfold, Telemark, Buskerud, Aust- og Vest-Agder:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Sør Postboks 2415, 3104 Tønsberg	<b>Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Vest Postboks 14, 4097 Sola
<b>Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Midt-Norge Postboks 13, 6151 Ørsta	<b>Nordland, Troms og Finnmark:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Nord 8607 Mo i Rana

**Til punkt 3:**  
- Langvarig behandling vil si at det er behov for bruk av ett eller flere legemidler i minst tre måneder i løpet av ett år for samme sykdom.  
- Dersom det offentlige er pliktig til å dekke utgiftene til legemidler etter annen lovgivning, skal ikke utgiftene belastes folketrygden.

**Til punkt 6.2:** Her dokumenteres blant annet at eventuelle generelle og spesifikke vilkår for refusjon er oppfylt. Dersom det tidligere er forsøkt mer enn ett preparat (angitt i pkt 5) skal begrunnelse for hvorfor hvert enkelt preparat ikke kan benyttes framgå.

**Til punkt 9:** Legen kan få kopi av vedtaket. Dette må skje etter informert samtykke fra pasienten da dette er å anse taushetsbelagte opplysninger.