

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

Utfylling av denne blanketten blir honorerert
av folketrygda med taksten H1.

Søknaden skal til (adresse):
Helseøkonomiforvaltninga (HELFO)

1. Opplysningar om pasienten

Etternamn, fornamn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse		Bustadkommune
Diagnose (Kryss av)		
<input type="checkbox"/> Reumatoid artritt	<input type="checkbox"/> Kronisk sterke smerter	Ved andre indikasjonar må behandlinga vere instituert av relevant spesialist. Bruk standardskjema (NAV 05-14.05)
<input type="checkbox"/> Ankyloserende spondylitt	<input type="checkbox"/> Alvorlig symptomgivande gonarthrose	
<input type="checkbox"/> Alvorlig symptomgivande coxarthrose		

2. Opplysningar om søkjande lege

Etternamn, fornamn	Spesialitet	HPR-nummer
Adresse (arbeidsstad)	Telefonnummer	

3. Generelle vilkår

<input type="checkbox"/> Sjukdommen har gått inn i ein langvarig fase, og det er behov for langvarig behandling
<input type="checkbox"/> Behandlinga skjer utanfor sjukehus/institusjon

4. Preparat det er søkt om

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

5. Tidlegare behandling

Preparat	Dosering (døgndose)

6. Grunngeving for å skifte behandling

6.1	Pasienten har verifisert ulcussjukdom (bekrefta ved anten røntgenundersøking eller gastroskopi) under behandling med NSAID? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Pasienten har tidlegare hatt ulcer som ikkje er Helicobacterrelatert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Pasienten har aterosklerotisk hjertekarsjukdom eller høg risiko for slik sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Andre særlege grunnar som talar for bruk av cox-2-hemmar (skriv vurderinga i felt 6.2 eller på eige ark): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Legen må dokumentere at han/ho har gjort ei vurdering av nytte og risiko ved langtidsbehandling med cox-2-hemmar. I vurderinga skal ein vege nytta av behandlinga opp mot risikoen for hjertekarsykdom og biverknader frå mage og tarm (skriv vurderinga i felt 6.2 eller på eige ark).

6. Grunngeving for å skifte behandling / grunngeving for behandlinga (framhald)

6.2	Utdjupande grunngeving for å skifte behandling/for behandlinga (må fyllast ut):
------------	---

7. Instituering (skal fyllast ut når ein annan lege har instituert behandlinga)

Etternamn, fornamn	Spesialitet/sjukehusavdeling	Dato for konsultasjon
--------------------	------------------------------	-----------------------

8. Vedlegg frå legen

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

9. Samtykke frå pasient

<input type="checkbox"/> Pasienten har gitt samtykke til at kopi av vedtak kan sendast til underskrivne lege
--

10. Signaturen til legen

Stad og dato	Underskrifta og stampelet til legen
--------------	-------------------------------------

Generell informasjon/retteleiing

Skjemaet skal brukast i samband med søknad om individuell refusjon til legemiddel. Søknaden skal fyllast ut av legen på vegner av pasienten. Utfyllinga blir honorert med takst L10. Ved behov for utfyllande opplysningar kan det ikkje krevjast ny takst.

Søknaden skal sendast til Helseøkonomiforvaltninga (HELFO) i den regionen pasienten høyrer til.

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

Til punkt 3:
- Langvarig behandling vil seie at det er behov for bruk av eitt eller fleire legemiddel i minst tre månader innanfor eit tidsrom på eitt år for den same sjukdommen.
- Dersom det offentlege har plikt til å dekkje utgiftene til legemiddel etter anna lovgiving, skal ikkje utgiftene belastast folketrygda.

Til punkt 6.2: Her skal det mellom anna dokumenterast at eventuelle generelle og spesifikke vilkår for refusjon er oppfylte (gjeld § 3a). Dersom det tidlegare er prøvd meir enn eitt preparat (oppgift i pkt. 5), skal det for kvart enkelt preparat grunnvist kvifor det ikkje kan brukast.

Til punkt 9: Legen kan få kopi av vedtaket. Dette må skje etter informert samtykke frå pasienten, ettersom dette er å rekne som opplysningar som er omfatta av teieplikt.