

# Søknad om dekning av utgifter til vanedannende legemidler

Helfo utbetaler takst H1 til legen som fyller ut dette skjemaet. Hvis det er behov for utfyllende opplysninger, utbetaler vi ikke ny takst.

## 1. Opplysninger om pasienten

Søknaden gjelder en godkjent yrkesskade

Fødselsnummer. (11 siffer)	Fornavn, etternavn
Postadresse	Postnummer, sted
Diagnose (oppgi så spesifikt som mulig)	Diagnosekode og benyttet kodeverk ICPC-2/ICD-10
Er smertene nevropatiske	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>

## 2. Opplysninger om søkende lege (Se spesialistkrav i "Generell informasjon" neste side.)

Fornavn, etternavn	Spesialitet/sykehusavdeling	HPR-nummer
Postadresse (arbeidssted)		
Telefonnummer*		

\*Helst direkte eller mobil

## 3. Generelle vilkår

<input type="checkbox"/> Det er behov for langvarig behandling, dvs. minst 3 måneder i løpet av en 12-måneders periode, eller det er risiko for langvarig behandling.
<input type="checkbox"/> Behandlingen med legemidlet skjer utenfor sykehus/institusjon/poliklinikk (må være oppfylt)

## 4. Legemiddel søknaden gjelder

4.1 Kroniske sterke ikke-kreftrelaterte smerter		
<input type="checkbox"/> Avklart smertetilstand <input type="checkbox"/> Uavklart smertetilstand		
<input type="checkbox"/> Markedsførte opioider, orale morfinekvivalenter pr døgn inntil: <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 300 mg *		
<input type="checkbox"/> Ikke-markedsført opioid	Preparatnavn og formulering	Dosering (døgndose)
<input type="checkbox"/> Infusjon, injeksjon, nasal, sublingual		
<input type="checkbox"/> Opioider ved maligne smerter (aktiv kreftsykdom)	mg orale morfinekvivalenter pr døgn	
4.2	Formulering	Dosering (døgndose)
<input type="checkbox"/> Pregabalin		
4.3 Ved psykiske lidelser, spasmer, eller bivirkninger ved tuberkulosebehandling, oppgi preparatnavn og formulering		Dosering (døgndose)

\*Søknaden skal utformes av lege ved tverrfaglig smerteklinikk ved døgndoser mellom 100-300mg orale morfinekvivalenter.

## 5. Tidligere behandling

Preparatnavn/virkestoff med styrke og formulering	Dosering (døgndose)
---	---------------------

## 6. Begrunnelse for behandlingen/endring av behandlingen

<b>6.1</b>	<b>Forhåndsgodkjente eller markedsførte legemidler</b> (flere kryss er mulig) Ga ikke tilstrekkelig effekt Ga uakseptable bivirkninger Er kontraindisert på grunn av annen sykdom eller annen behandling Kan ikke lenger benyttes grunnet uakseptabel høy risiko for alvorlige bivirkninger Kan ikke lenger benyttes grunnet betydelige complianceproblemer, herunder liten sykdomsinnsikt eller store konsentrasjonsproblemer grunnet sykdom Kan ikke lenger benyttes grunnet betydelige complianceproblemer som følge av uegnet styrke eller formulering Finnes ikke ved denne diagnosen Er ikke relevante ved denne diagnosen
<b>6.2</b>	Utdypende begrunnelse for behandlingen/endring av behandlingen (må fylles ut):
<b>6.3</b>	<b>Ved søknad om metodevurdert legemiddel der prioriteringskriteriene ikke er oppfylt på gruppenivå</b> Angi hvilke særskilte forhold ved pasienten som gjør at nytten av behandlingen, ressursbruken eller tilstandens alvorlighet for denne pasienten skiller seg klart fra pasientgruppen forøvrig

## 7. Lege/legekontor/klinikk/sykehusavdeling som kan forskrive behandlingen

--

## 8. Vedlegg fra legen

<input type="checkbox"/> Preparatoromtale for legemiddel med godkjent indikasjon i et annet EØS-land
<input type="checkbox"/> Vitenskapelig studie
<input type="checkbox"/> Prøvesvar
Andre vedlegg, spesifiser:

## 9. Erklæring og underskrift

9.1 Generelt	
<input type="checkbox"/>	Faren for avhengighet er underordnet pasientens behov for behandling
<input type="checkbox"/>	Det er utarbeidet en behandlingsplan for pasienten
<input type="checkbox"/>	Pasienten har samtykket til at kopi av vedtaket kan sendes til undertegnede lege.
9.2 For smertebehandling	
<input type="checkbox"/>	Smerteanalyse er utført ved hjelp av et validert verktøy for diagnostikk (f.eks. VAS-skala).
Sted og dato	Legens underskrift og stempel

## Generell informasjon/veiledning

Legen fyller ut søknaden på vegne av pasienten

### Til punkt 2:

- Hovedregelen er at spesialist i sykdommens fagfelt eller en lege ved en tilsvarende sykehusavdeling skal søke. Unntak gjelder for kroniske sterke smerter som ikke skyldes en aktiv kreftsykdom.
- Ved ikke-kreftrelaterte smerter skal søknaden utformes av fastlege/tverrfaglig smerteklinikk hvis pasienten har en avklart smertetilstand og skal behandles med døgndoser inntil 100 mg orale morfinekvivalenter.
- Ved ikke-kreftrelaterte smerter skal søknaden utformes av lege ved tverrfaglig smerteklinikk hvis pasienten har en uavklart smertetilstand og/eller skal behandles med døgndoser mellom 100-300mg orale morfinekvivalenter.
- Ved maligne smerter (aktiv krefttilstand) skal søknaden utformes av relevant spesialist eller lege ved tilsvarende sykehusavdeling. Spesialist i allmennmedisin anses ikke som relevant spesialist.
- 
- For lidelser som omtales under punkt 4.2 er det spesifikke krav til hvem som kan utforme søknaden. Se rundskriv til § 5-14 Stønad til legemidler i reseptgruppe A og B.

**Til punkt 8:** Når legemidlet har godkjent indikasjon for det omsøkte bruksområdet i et annet EØS-land, må legen legge ved dokumentasjon på dette. Når legemidlet skal brukes utenfor godkjent indikasjon i Norge eller et annet EØS-land, må legen legge ved vitenskapelig dokumentasjon.

Mer informasjon finner du på [helfo.no](http://helfo.no) samt i forskrift og rundskriv til folketrygdloven § 5-14.