

Skjemaet sender du til:

Helfo
Postboks 2415
3104 Tønsberg

Pasient uten fødselsnummer/ d-nummer - Søknad om dekning av utgifter til viktige legemidler

Skjemaet skal kun brukes ved søknad for pasienter som ikke har fødselsnummer/d-nummer. For pasienter som har fødselsnummer/d-nummer skal du søke elektronisk i Tjenesteportal for helseaktører:
<http://portal.helsedirektoratet.no>. Dersom du ikke er tilkoblet Helsenet, er adressen: internett-portal.helsedirektoratet.no

1.1. Opplysninger om pasienten

Fødselsdato (dd.mm.åååå)	Mann Kvinne	Land/nasjonalitet	Telefonnummer pasient
Etternavn		Fornavn	
Nærmeste pårørende hvis søknaden gjelder barn Navn Mor Far Annet			
Fødselsnummer/d-nummer (eller fødselsdato hvis pårørende ikke har fødselsnummer/d-nummer)			
Adresse (bostedsadresse, adresse vedtak skal sendes til)		Postnummer, sted	
Diagnose (tilstanden legemidlet skal benyttes for) og evt relatert diagnose		Diagnosekode og benyttet kodeverk ICPC-2/ICD-10	

1.2. Legitimasjon og dokumentasjon av helserettighet

Fyll inn opplysningene eller legg ved kopi av legitimasjon og dokumentasjon

Pasienten har vist legitimasjon: ID-kort: Pass: ID-nummer: Passnummer:	
Pasienten har vist dokumentasjon på helserettighet: Europeisk helsetrygdkort (EHIC) Rettighetsdokument S1 (tidligere E106/E109/E121) Asylsøkerbevis DUF-nummer	Hvis pasienten har Europeisk helsetrygdkort (EHIC): Utenlandsk ID (felt 6): Institusjon som har utstedt EHIC - navn og institusjonskode (felt 7): EHIC-nummer (felt 8): Gyldig til dato (felt 9):
Eventuelle tilleggsopplysninger:	

1.3. Angi sykdommens alvorlighetsgrad (må oppgis)

Lav	Moderat	Høy	Svært høy
Beskriv alvorligheten ut fra tap av levetid og livskvalitet ved fravær av den omsøkte behandlingen, det vil si med utgangspunkt i dagens standardbehandling. (Skriv på eget ark ved behov.)			

2. Opplysninger om søkende lege

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

*Helst direkte eller mobil

3. Generelle vilkår

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

4. Legemiddel søknaden gjelder

Navn på legemidler/virkestoff med styrke og formulering	Dosering (døgndose)
---	---------------------

5. Tidligere behandling

Navn på forhåndsgodkjente legemidler eller andre relevante legemidler som er forsøkt for tilstanden som skal behandles.	Dosering (døgndose)
---	---------------------

6. Begrunnelse for behandlingen/endring av behandlingen

6.1	Forhåndsgodkjente eller markedsførte legemidler (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
------------	--

6.2	Utdypende begrunnelse for behandlingen/endring av behandlingen (må fylles ut):
6.3	Ved søknad om metodevurdert legemiddel der prioriteringskriteriene ikke er oppfylt på gruppenivå 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. Vedlegg fra legen

Preparatomtale for legemiddel med godkjent indikasjon i et annet EØS-land/Storbritannia Vitenskapelig studie Prøvesvar Andre vedlegg, spesifiser:

8. Samtykke fra pasient

Pasienten har gitt samtykke til at kopi av vedtak kan sendes til undertegnende lege

9. Legens underskrift

Sted og dato	Underskrift og stempel
--------------	------------------------

Generell informasjon/veiledning

Legen fyller ut søknaden på vegne av pasienten

Til punkt 2: En spesialist i sykdommens fagfelt eller tilgrensende behandlingsområder eller en lege ved et offentlig sykehus skal sende søknad når

- legemidlet ikke er markedsført for den aktuelle bruken i Norge.
- legemidlet er i reseptgruppe A og B. Se unntak for visse legemidler i rundskriv til § 5-14
- søknaden gjelder Repatha (evolokumab), Praluent (alirokumab) Aimovig (erenumab), Ajovy (fremanezumab), Emgality (galkanezumab), og botulinumtoksin-legemidler.
- legemidlet skal brukes til behandling av sykdom hvor det er tilknyttet spesialistvilkår til refusjonskoden for alle legemidler i refusjonslisten

Helsedirektoratet kan gjøre unntak fra krav om søknad fra spesialist i vedlegg 1 (Legemiddellisten).

Til punkt 7: Hvis legemidlet ikke har markedsføringstillatelse for det aktuelle bruksområdet i EØS/Storbritannia, må lege legge frem vitenskapelig dokumentasjon for effekt ved den aktuelle sykdommen/tilstanden.

Mer informasjon finner du på helfo.no samt i forskrift og rundskriv til folketrygdloven § 5-14.