

Søknad om dekning av utgifter til vanedannende legemiddel

Helfo utbetaler takst H1 til legen som fyller ut dette skjemaet. Dersom det er behov for utfyllende opplysningar, utbetaler vi ikkje ny takst.

1. Opplysningar om pasienten

Søknaden gjeld ein godkjent yrkesskade

Fødselsnummer (11 siffer)	Fornamn, etternamn
Postadresse	Postnummer, stad
Diagnose (oppgi så spesifikt som mulig)	Diagnosekode og aktuelt kodeverk ICPC-2/ICD-10
Er smertene nevropatiske	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>

2. Opplysningar om søkjande lege

(Sjå spesialistkrav i "Generell informasjon" siste side.)

Fornamn, etternamn	Spesialitet/sjukehusavdeling	HPR-nummer
Postadresse (arbeidsstad)		
Telefonnummer*		

*Helst direkte eller mobil

3. Generelle vilkår

<input type="checkbox"/> Det er behov for langvarig behandling, dvs. minst 3 månader i løpet av ein 12-månaders periode, eller det er risiko for langvarig behandling.
<input type="checkbox"/> Behandlinga med legemiddelet skjer utanfor sjukehus/institusjon/poliklinikk (må vere oppfylt)

4. Legemiddel søknaden gjelder

4.1 Kroniske sterke ikkje-kreftrelaterte smerter		
<input type="checkbox"/> Avklart smertetilstand <input type="checkbox"/> Uavklart smertetilstand		
<input type="checkbox"/> Marknadsførte opioid, orale morfinekvivalentar per døgn inntil: <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 300 mg *		
<input type="checkbox"/> Ikkje-marknadsført opioid	Preparatnamn og formulering	Dosering (døgndose)
<input type="checkbox"/> Infusjon, injeksjon, nasal, sublingual		
<input type="checkbox"/> Opioid ved maligne smerter (aktiv kreftsjukdom)		mg orale morfinekvivalentar per døgn
4.2	Formulering	Dosering (døgndose)
<input type="checkbox"/> Pregabalin		
4.3 Ved psykiske lidningar, spasmar eller biverknader ved tuberkulosebehandling, oppgje preparatnamn og formulering		Dosering (døgndose)

*Søknaden skal utformast av lege ved tverrfagleg smerteklinikk ved døgndosar frå 100–300 mg orale morfinekvivalentar.

5. Tidlegare behandling

Namn på legemiddel/virkestoff med styrke og formulering	Dosering (døgndose)
---	---------------------

6. Grunngeving for behandlinga/ending av behandlinga

6.1	Forhåndsgodkjente eller markedsførte legemidler (det kan setjast fleire kryss) Ga ikkje tilstrekkeleg effekt Ga uakseptable biverknader Er kontraindisert på grunn av ein annan sjukdom eller ein annan behandling Kan ikkje lenger brukast på grunn av uakseptabel høg risiko for alvorlege biverknader Kan ikkje lenger brukast på grunn av betydelege compliance-problem, blant anna liten sjukdomsinnsikt eller store konsentrasjonsproblem på grunn av sjukdom Kan ikkje lenger brukast på grunn av betydelege compliance-problem som følgje av ueigna styrke eller formulering Finst ikkje ved denne diagnosen Er ikkje relevante ved denne diagnosen
6.2	Utdjupande grunngeving for behandlinga / ending av behandlinga (må fyllast ut)
6.3	Ved søknad om metodevurdert legemiddel der prioriteringskriteria ikkje er oppfylte på gruppenivå Angi dei særskilde forholda ved pasienten som gjer at nytta av behandlinga, ressursbruken eller kor alvorleg tilstanden er for denne pasienten, skil seg klart frå resten av pasientgruppa

7. Lege/legekontor/klinikk/sjukehusavdeling som kan føreskrive behandlinga

--

8. Vedlegg frå legen

<input type="checkbox"/> Preparatomtale for legemiddel med godkjent indikasjon i eit anna EØS-land
<input type="checkbox"/> Vitskapeleg studium
<input type="checkbox"/> Prøvesvar
Andre vedlegg, spesifiser:

9. Erklæring og underskrift

9.1 Generelt	
<input type="checkbox"/> Faren for avhengighet er underordna pasientens behov for behandling	
<input type="checkbox"/> Det er utarbeidet ein behandlingsplan for pasienten	
<input type="checkbox"/> Pasienten har gitt samtykke til at ein kopi av vedtaket kan sendast til underskrivande lege	
9.2 For smertebehandling	
<input type="checkbox"/> Smerteanalyse er utført ved hjelp av eit validert verktøy for diagnostikk (f.eks. VAS-skala)	
Stad og dato	Underskrift og stempel frå legen

Generell informasjon/retteiing

Legen fyller ut søknaden på vegne av pasienten

Til punkt 2:

- Hovudregelen er at ein spesialist i sjukdommens fagfelt eller ein lege ved ein tilsvarende sjukehusavdeling skal søkje. Det er unntak for kroniske sterke smerter som ikkje er forårsaka ein aktiv kreftsjukdom.
- Ved ikkje-kreftrelaterte smerter skal søknaden utformast av fastlege/tverrfaglig smerteklinikk dersom pasienten har ein avklart smertetilstand og skal behandlast 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 allmenmedisin anses ikke som relevant spesialist.
-
- For lidingsar som er omtalt under punkt 4.2 er det spesifikke krav til kven som kan utforme søknaden. Sjå rundskriv til § 5-14 Stønad til legemidler i reseptgruppe A og B.

Til punkt 8: Når legemiddelet har godkjent indikasjon for det søkte bruksområdet i eit anna EØS-land, må legen leggje ved dokumentasjon på dette. Når legemiddelet skal brukes utanfor godkjent indikasjon i Noreg eller eit anna EØS-land, må legen leggje ved vitenskapeleg dokumentasjon.

Du finn meir informasjon på helfo.no og i forskrift og rundskriv til folketrygdlova § 5-14.