**Zdravotná poisťovňa:**

**Kód zdravotnej poisťovne:**

**Protokol o začatí a kontrole liečby chronickej spontánnej urtikárie**

Liečba

začatie liečby

pokračovanie liečby

ukončenie liečby

|  |
| --- |
| **Meno, priezvisko a špecializácia ošetrujúceho lekára:**  **kód lekára:** |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:  kód PZS: |
| Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa: |
| **Meno, priezvisko a špecializácia navrhujúceho / indikujúceho lekára:**  **kód lekára:** |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:  kód PZS: |
| Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa: |
| **Meno a priezvisko pacienta:** |
| Rodné číslo: |
| Adresa trvalého pobytu: |

|  |
| --- |
| **ŠÚKL kód lieku: 68695** |
| **ATC kód lieku: R03DX05** |
| **Názov lieku: Xolair** |
| **Doplnok názvu lieku: sol inj 1x1 ml/150 mg,** |
| **Požadovaný počet balení: ... balení lieku XOLAIR sol. inj. 1x1 ml/150 mg** |
| **Na obdobie:** |
| **Dávkovanie:** |
| **Diagnóza podľa MKCH L50.8 slovom: iná žihľavka (chronická spontánna urtikária)** |

1. Časť

Žiadosť o súhlas na začatie liečby liekom  XOLAIR (omalizumab)

**R03DX05**

Diagnóza:......................................................................................................................

Dátum stanovenia diagnózy:.........................................................................................

**Klinické príznaky:**

UAS7 skóre: .......................................................................................................

AAS skóre (ak je prítomný angioedém): ............................................................

Predchádzajúca liečba: ...............................................................................................

**Lieky plánované podávať súčasne s liekom XOLAIR:**

|  |
| --- |
| **Základné vyšetrenia :** |
| dátum vyšetrenia: |
| FW: |
| CRP: |
| Dif KO: |
| AST:  GMT: |
| kreatinín:  urea: |

Iné údaje súvisiace s liečbou uviesť v prílohe

|  |
| --- |
| **Dávkovanie a spôsob podávania :** |
| Optimálna dávka lieku XOLAIR:  (počet mg v 1 dávke) ................... podávané s. c. á ...4 týždne |

**Žiadam o schválenie predpísania a úhradu:**

...... balení lieku XOLAIR sol. inj. 1x1 ml/150 mg potrebných na 3 mesiace liečby

**1./ Názov zdravotníckeho zariadenia navrhujúceho liečbu:**

Odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára

Dátum: .................................

**2./ Názov zdravotníckeho zariadenia indikujúceho liečbu:**

Odtlačok pečiatky a podpis lekára z indikačného centra

Dátum: .................................

1. časť

Monitorovanie liečby liekom  XOLAIR (omalizumab) R03DX05

Liečba

pokračovanie liečby po troch mesiacoch

ukončenie liečby

dátum začatia liečby:..........................................

v dávke:...................................................................

počet podaných dávok:...........................................

počet podaných ampuliek:......................................

|  |
| --- |
| **Efekt liečby po ukončení ....... mesiacoch liečby:** |

**Klinické príznaky**

Zlepšenie skóre UAS7 : .......................................................................................................

Zlepšenie AAS skóre (ak bol prítomný angioedém):..............................................................

|  |
| --- |
| **Základné vyšetrenia :** |
| dátum vyšetrenia: |
| FW: |
| CRP: |
| Dif KO: |
| AST:  GMT: |
| kreatinín:  urea: |
|  |

**Ukončenie liečby**

dátum:....................................

dôvod:.............................................................................................................................................................................................................................................................................

**Žiadam o pokračovanie schválenia predpísania a úhrady**

.... balení lieku XOLAIR sol. inj. 1x1 ml/150 mg (ŠÚKL kód **68695**)

potrebných na 3 mesiace liečby.

Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára

Dátum: .................................