

תוכנית נגישות ל- Tocilizumab

חולה RA בקו טיפול מוקדם

שם הרופא המבקש _____
 מרכז רפואי _____
 מספר טלפון _____ מספר פקס _____
 אימייל _____ תאריך _____

חולה RA בקו טיפול מוקדם	
<input type="checkbox"/> נכשל על שלושה DMARDs.	<input type="checkbox"/> פרט אילו וכמה זמן נמשך טיפול בכל DMARD.
_____	_____
_____	_____
<input type="checkbox"/> נכשל על טיפול ביולוגי אחד.	<input type="checkbox"/> פרט: _____
_____	_____
_____	_____

שאלון רקע להכללה בתוכנית הנגישות:

- לא כן לחולה היסטוריה של תגובה אלרגית חריפה או אנפילקטית לנוגדן חד שבטי
- לא כן לחולה היסטוריה של ממאירויות ב-5 השנים האחרונות
- אם כן, פרט _____
- לא כן האם לחולה מחלות רקע נוספות?
- אם כן - אנא פרט _____

מסמכים שיש לצרף לבקשה:

- טופס 29 (א) (3) חתום ומאושר (במידה והתרופה עדיין לא רשומה ע"י הרשויות בישראל)
- טופס ויתור סודיות חתום ע"י המטופל
- סיכום מחלה

החברה תספק את התרופה ללא תמורה כל עוד סבור הרופא המטפל כי זו היא טובת המטופל ובכל מקרה לתקופה שלא תעלה על 36 חודשים מיום קבלת הטיפול הראשון.

את כל המסמכים יש לשלוח לאיגוד הישראלי לריאומטולוגיה לפקס מספר 08-9779266.

חתימת הרופא: _____

החלטת האיגוד הישראלי לריאומטולוגיה: _____ תאריך: _____

