

מתן רחום (Compassionate use) של Tocilizumab

חולה RA בקו טיפול מאוחר

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

חולה בקו טיפול מאוחר

- נכשל על שני טיפולים ביולוגיים או יותר
- טיפול ביולוגי ראשון _____ כמה זמן טופל _____
- טיפול ביולוגי שני _____ כמה זמן טופל _____
- אינו מבטח באחד מביטוחי הקופות המשלימים אשר מכסים עלות של תרופות שאינן בסל הבריאות
- אינו מבטח ע"י ביטוח פרטי

שאלות רקע:

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

מסמכים שיש לצרף לבקשה:

- טופס 29 (א) (3) חתום ומאושר (במידה והתרופה לא רשומה ע"י הרשויות בישראל)
- טופס ויתור סודיות חתום ע"י המטופל
- הצהרת המטופל כי אינו מבטח בביטוח פרטי או באחד מביטוחי הקופות המשלימים המכסים עלות של תרופות שאינן בסל הבריאות
- 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: _____
