

מרשם רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי - לחולה פרטני

שם המטופל (ומספר תעודת זהות): _____ גיל: _____ מין: _____

שם המוסד הרפואי: _____ מחלקה: _____

Actemra 20mg/ml for intravenous infusion

שם התכשיר, צורתו
ודרך המתן:

הרכב (חומרים פעילים): Tocilizumab (20mg/ml)

שם היצרן וארץ הייצור: Chugai, Japan, Roche Switzerland

ההתוויה המבוקשת: Still's disease

הנימוקים: _____

(יש לצרף האסמכתאות הרפואיות ספרות, מאמרים וכיו"ב)

מינון: _____ משך הטיפול: _____

כמות כוללת דרושה (שלא תעלה על כמות צריכה ל- 6 חודשים)

הצהרת הרופא (נא לסמן את המתאים):

1. אני הח"מ מודע לכך כי:

התכשיר חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה.

התכשיר אינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.

התכשיר רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל אך לא להתוויה המבוקשת (Off Label).

התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת מהמדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת

מערב אירופה (שם הארץ: centralized authorization) ארה"ב קנדה אוסטרליה יפן

2. אני מצהיר כי:

2.1 התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון בו.

2.2 הסברתי למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר להתוויה שאינה רשומה והוא נתן לטיפול את הסכמתו מדעת, מרצונו החופשי.

2.3 ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריותי הרפואית.

שם הרופא: _____ מספר טלפון לבירורים: _____

מספר רשיון: _____ מומחיות: _____

חתימת הרופא: _____ תאריך: _____

אישורי המוסד הרפואי:

מנהל שירותי הרוקחות

מנהל או מוסמך מטעמו

יו"ר ועדת התרופות

שם המאשר וחתימתו: _____

תאריך: _____

תוקף המרשם לא יעלה על 6 חודשים.