

טופס 5

טופס הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום או להחזקת מלאי – לבית מרקחת

בית המרקחת/ הרופא המבקש _____ טלפון: _____ פקס: _____

Quillivant XR – powder for extended release oral suspension

שם התכשיר, צורתו

ודרך המתן: oral

הרכב (חומרים פעילים כמות/ריכוז): _____ Methylphenidate 25mg/ 5 ml

600 mg/120 ml

שם היצרן וארץ הייצור: _____ Tris Pharma Inc. USA

שם בעל הרישום ומדינת הרישום: _____ Tris Pharma Inc. USA

ההתוויה המבוקשת:

QUILLIVANT XR is a central nervous system (CNS) stimulant indicated for the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

הנימוקים לכך (לעניין בקשה להחזקת מלאי – יש להתייחס גם לכמות הנדרשת לצורך פעילותו התקינה של המוסד):

יש לצרף האסמכתאות הרפואיות ספרות, מאמרים וכיו"ב

מנה: _____ 20mg תדירות מתן התכשיר: **פעם ביום** כמות כוללת דרושה ל: _____ 6 חודשים: _____ 720ml

לעניין הוראת רופא לשימוש בתכשיר, יש למלא גם את פרטי המטופל:

שם המטופל: _____ ת.ז: _____ גיל: _____ מין: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

הצהרת הרופא

אני הח"מ מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- הטיפול בתכשיר הוא חיוני ולא קיים תכשיר חלופי מתאים הרשום ומשווק בישראל לאותה מטרה, או שהתכשיר החלופי המשווק איננו מתאים למטופל/לטיפול (ככל שנדרש לפי ההוראה הנוגעת לעניין בהודעה).
- התועלת בשימוש בתכשיר עולה על הסיכון הכרוך בו.
- הסברתי/אסביר (לפי העניין) למטופל את משמעות הטיפול בתכשיר/התוויה שאינה רשומה (לפי העניין), והוא נתן, בכתב, מרצונו החופשי, את הסכמתו מדעת לטיפול.
- ההוראה לשימוש בתכשיר הנ"ל ולהתוויה המבוקשת היא באחריות הרפואית.

כמו כן, אני מצהיר ומתחייב כדלקמן (סמן את המתאים):

X התכשיר איננו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל.

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

☐ התכשיר רשום במשרד הבריאות של אחת המדינות המוכרות המפורטות להלן ומקובל בה להתוויה המבוקשת:

☐ מערב אירופה (שם הארץ: _____) X ארה"ב ☐ קנדה ☐ אוסטרליה ☐ יפן
☐ אחר, שם הארץ: _____

שם הרופא: _____ טלפון לבריורים: _____

מספר רישיון: _____ מומחיות: _____

מען הרופא או מען מרפאת: _____

חתימה וחתימת הרופא: _____ תאריך: _____

תוקף הבקשה 6 חודשים מתאריך חתימת הרופא.

מגיש האישור יזין את הטופס במערכת המקוונת לתכשירי 29 (בכפוף לאמור בהודעה להסכמת המנהל)

אישור זה איננו אישור לשחרור התכשיר מהמכס

(לשימוש המשרד בלבד)

_____ תאריך: _____ חתימה וחותמת

.....

טופס זה אינו מהווה אישור לשחרור התרופה מהמכס.

אישור השחרור למכס יינתן במסמכי הייבוא