

Til HELFO

Pasientopplysninger

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

Søknad om individuell refusjon etter § 3 for dekning av utgifter til viktige legemidler ved kronisk nyresvikt (ICD kode N18).

Overnevnte lider av kronisk nyresvikt og skal behandles for dette med følgende nødvendige medisiner mer enn 3 måneder i løpet av ett år. (Sett ring rundt preparatene det søkes om.)

Preparater til å senke serumfosfat/øke serum kalk

Titralac tabletter / Novaluzid / Link

Kalsiumtilskudd (preparatnavn): _____

(Det refunderes kun kalktabletter som er markedsført som legemiddel i Norge)

(Fosrenol, Phos-Ex og Renagel dekkes på blå resept fom 01.06.2007)

Metabolsk acidose

Natron tabletter / pulver

Forhindre anemi

Aranesp / Eprex / Neorecormon / Mircera/ Retacrit

Reduksjon av hyperkalemi

Resonium kalsium

Uremiske symptomer - kløestillende

Atarax / Phenergan / Vallergan

Vitamintilskudd

Renavit

Sekundær hyperparatyroidisme

Mimpara (cinacalcet)

Behandling av sekundær hyperparatyroidisme (HPT) hos pasienter med kronisk nyresvikt i stadium 5 og som er etablert i dialyse.

Tidligere behandling med aktivt vitamin D (preparatnavn/virkestoff) _____

Tidligere behandling med fosfatbinder (preparatnavn/virkestoff) _____

PTH-verdi ($= > 30$ pmol/L) _____ pmol/L

- Pasienten har samtykket i at kopi av vedtak sendes til undertegnede lege
- Behandlingen skjer utenfor sykehus/institusjon

Med vennlig hilsen

Dato:

(Legens navn id-nr og stempel)