

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. (Kryss av for 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)

Metabolsk acidose

Natron tabletter / **Natron pulver**

Forhindre anemi

Aranesp / **Eprex** / **Neorecormon** / **Mircera** / **Retacrit**

Reduksjon av hyperkalemi

Resonium kalsium

Uremiske symptomer - kløestillende

Atarax / **Phenergan** / **Vallergan**

Vitamintilskudd

Renavit

Sekundær hyperparatyroidisme

Zemplar (paricalcitol) kapsler

Behandling av sekundær hyperparatyroidisme (HPT) hos pasienter med kronisk nedsatt nyrefunksjon, stadium 3, 4 og 5.

Tidligere behandling med aktivt vitamin D (preparat/virkestoff) _____ grunnet sekundær HPT og vedvarende hyperkalsemi og/eller hyperfosfatemi.

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 (= > 30pmol/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)