



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: тел: +359 2 9659121

УТВЪРЖДАВАМ:

Д-Р ДЕЧО ДЕЧЕВ: /п/

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ВЯРНО:

ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ

АДУСОП.

ОГНЯН КРОНЕВ



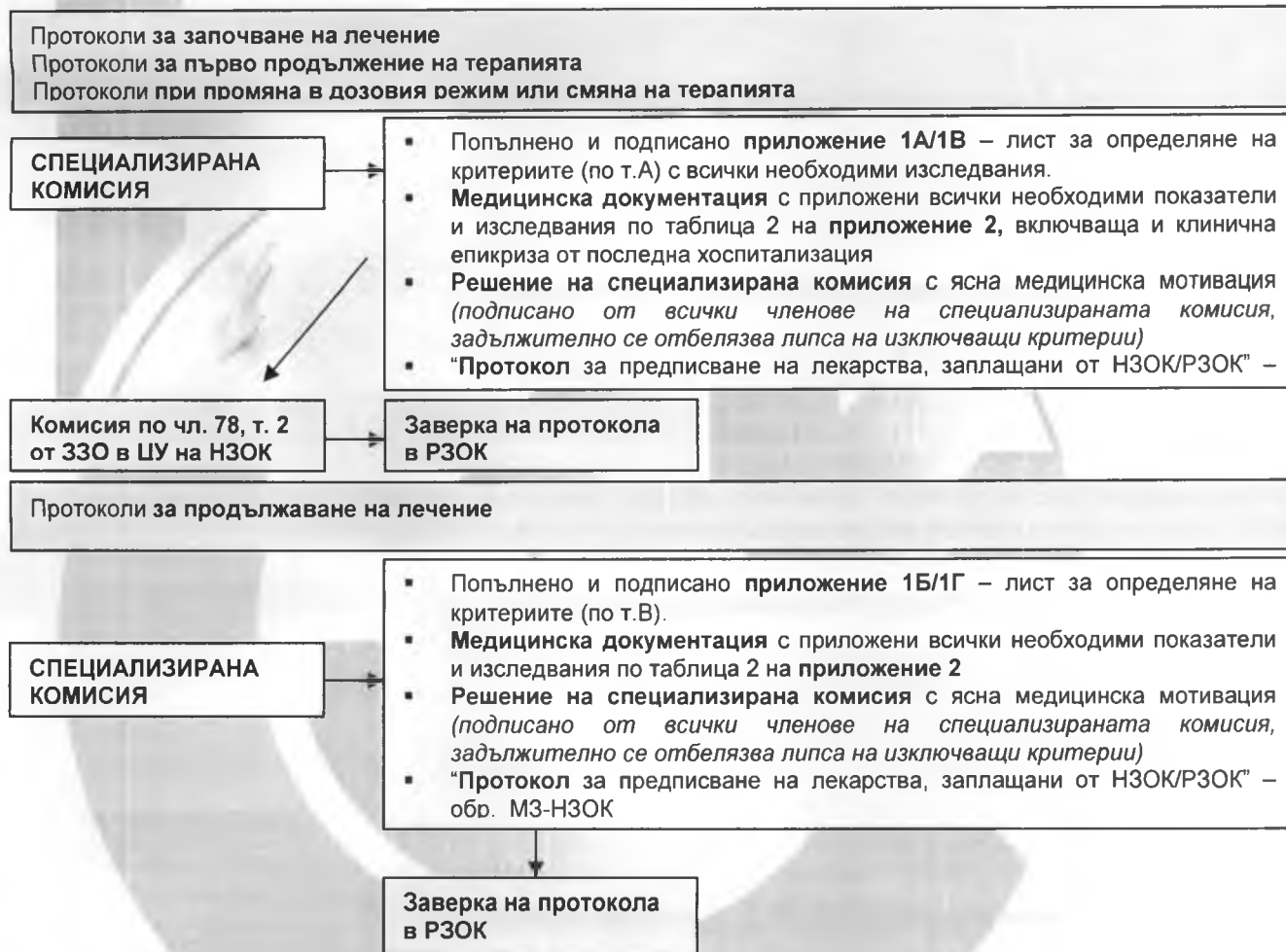
ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК

ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ
ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН И УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПРИ БОЛНИ ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
(Adalimumab, Infliximab)**

Протоколът се издава от специалисти с код на специалност 52 - детска гастроентерология от специализирана комисия в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК за изпълнение на Амбулаторна процедура № 38. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора на ЛЗ: Клиника по гастроентерология към СБАЛДБ „Проф. Иван Митев” – гр. София, Клиника по гастроентерология към МБАЛ „Св. Марина” – гр. Варна.

I. РЕД ЗА ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ



II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ЗОЛ подава подготвените документи в РЗОК, на територията на която е направило избор на ОПЛ. Документите включват:

1.1 Заявление до Директора на РЗОК

1.2 Попълнено и подписано приложение 1. Попълва се по съответната точка и се прилага отразената в цифров индекс медицинска документация, удостоверяваща всеки един от критериите

1.3 Пълният набор изследвания (физикални, инструментални и лабораторни), отразен в приложение 2

1.4 “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК” – обр. МЗ-НЗОК, издаден от лекаря специалист, работещ по договор с НЗОК. Прилага се оригинал на протокола, а при кандидатстване за продължаване на терапията се представя оригинал на предходния протокол с отразени всички назначения по него

1.5. Решение на специализирана комисия от лечебно заведение – изпълнител на Амбулаторна процедура № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО“ - бл. МЗ-НЗОК № 13

1.6. Декларация за информирано съгласие по образец (приложение 3)

2. РЗОК приема документите по точка 1 след справка относно здравноосигурителния статус на ЗОЛ

3. Първият и всеки следващ протокол се издават за период до 180 дни

4. Описаният пълен комплект документи се изисква в случаите, при които е указана необходимост от решение на Комисията по чл. 78, т. 2 от ЗЗО в ЦУ на НЗОК

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКА АКТИВНА БОЛЕСТ НА CROHN С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПРИ БОЛНИ ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Име:	ЕГН									
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

Антицитокиновите лекарствени продукти се прилагат като втора линия на лечение, когато първата линия (кортикостероиди и имunosупресори) е била неуспешна, контраиндицирана или пациентът не я понася.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ПЪРВИ КУРС (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ К50.0, К50.1	
1	Сигурна диагноза с определено разпространение – потвърдено на базата на клиничната симптоматика, параклинични изследвания и комбинация от ендоскопски и рентгенологични изследвания - тотален оглед на ГИТ чрез ендоскопия, рентгенография и/или компютърна (КТ) или магнитно-резонансна (МРТ) томография ¹	
2	Резултат от хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал, съвместим с диагнозата Болест на Crohn ¹	
3	Тежка форма на болестта съгласно NICE, 2010 и ECCO, 2010: <ul style="list-style-type: none"> тежко нарушено общо състояние и един или повече от следните симптоми: загуба на телесна маса над 10%, повишена телесна температура, силна коремна болка, диария (над 3 дефекации дневно), или наличие на обструкция, или абсцеси ¹ 	
4	Високо ниво на CRP > 5 mg/l и/или други обективни белези за активност (повишени нива на калпротектин във фекалии или ендоскопски или хистологични белези за активност) ¹	
5	Сумарна оценка по Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) над 30 точки ²	
6	Неповлияване от кортикостероиди или имunosупресори в оптимални курсове и дози за поне 3 месечен период (един месец за рефрактерните * на лечение случаи) ³ * за рефрактерни се приемат случаите с персистираща активна болест, въпреки лечението с prednisolone в доза над 0.75 mg/kg дневно за период над 4 седмици	
7	Липса на изключващи критерии по т. Б ⁴	

¹ необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2 - задължително се представят на оригинална бланка от лаборатория или заверено и подписано копие, при наличие на хоспитализация се прилага епикриза с номер ИЗ с давност до 1 месец преди кандидатстването; задължително се представят данни за ръст, тегло и BMI, както и резултат от инструменталните и хистологични изследвания на оригинална подписана и подпечатана бланка;

² прилага се оценка по скала PCDAI - необходимо е двукратно потвърждаване на изграждащите го показатели за поне 4-седмичен период от лечението, прилагат се и двата фиша, удостоверяващи провеждане на оценката;

³ амбулаторни листове от прегледи при специалист/епикризи, удостоверяващи назначаване на предходна терапия с отразени срокове на приложение и развити странични реакции, започната терапия с други лекарствени продукти, срокове, ефективност;

⁴ удостоверява се с подписи на специализираната комисия в приложение 1 на настоящите изисквания.

Б. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Бременност и лактация
2. Активна или латентна туберкулоза, сепсис или друга тежка инфекция
3. HIV инфекция
4. Остър или хроничен вирусен хепатит
5. Неопластични заболявания
6. Застойна сърдечна недостатъчност (NYHA III-IV)
7. Апластична анемия, изразена гранулоцитопения, миелофиброза, лимфом
8. Множествена склероза и други болести с демиелинизация
9. Автоимунно заболяване

Отговаря на критериите за лечение с в дневна доза

..... специализирана комисия

.....

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПРИ БОЛНИ ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Име:	ЕГН														
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

В. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ K50.0, K50.1	
1	Повлияване на показателите: <ul style="list-style-type: none"> ▪ намаляване на клиничната симптоматика ▪ липса на спад на BMI, подобряване на отклонените биохимични показатели ▪ намаляване с над 50% или нормализиране на CRP ¹ 	
2	Сумарна оценка на показателите – значително понижение на PCDAI спрямо изходната ²	
3	Липса на нежелана лекарствена реакция и изключващи критерии по точка Г ³	

¹ медицинска документация с отразена степен на повлияване на показателите, задължително се представя и амбулаторния лист от прегледа на 12-та седмица след започване на лечението, необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2 - задължително се представят на оригинална бланка от лаборатория или заверено и подписано копие;

² прилага се оценка по скала PCDAI;

³ удостоверява се с подпис на специалистите в приложение 1 на настоящите изисквания и се попълва таблица 1.

таблица 1 Нежелани лекарствени реакции

гадене, главоболие, световъртеж	
алергия	
повишаване на артериалното налягане	
тежка инфекция	
хематологични и/или биохимични отклонения съобразно фармакологичното досие на продукта - хемоглобин под 80 g/l, левкоцити под 3 500, тромбоцити под 90 000	

Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Липса на терапевтичен ефект след започване на лечението
2. Трайна клинична и ендоскопска ремисия на болестта – оздравяване на лигавицата, включително траен спад на PCDAI под 10
3. Прекъсване на терапията по вина на болния са период повече от 2 месеца

НЗОК ЗАПЛАЩА ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ДО ПОСТИГАНЕ НА ТРАЙНА КЛИНИЧНА И ЕНДОСКОПСКА РЕМИСИЯ (ОЗДРАВЯВАНЕ НА ЛИГАВИЦАТА).

Определение за оздравяване на лигавицата – без клинични, биохимични/лабораторни, ендоскопски или хистологични белези на възпаление, включително PCDAI под 10 точки.

Отговаря на критериите за лечение с в дневна доза

специализирана комисия

.....

.....



ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПРИ БОЛНИ ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Име:	EGH										
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

Антицитокиновите лекарствени продукти се прилагат като втора линия на лечение, когато първата линия (кортикостероиди и имunosупресори) е била неуспешна, контраиндицирана или пациентът не я понася.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ПЪРВИ КУРС (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	
1	Сигурна диагноза с определено разпространение – потвърдено на базата на клиничната симптоматика, параклинични изследвания и комбинация от ендоскопски и рентгенологични изследвания - тотален оглед на ГИТ чрез ендоскопия, рентгенография и/или компютърна (КТ) или магнитно-резонансна (МРТ) томография ¹	
2	Резултат от хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал, съвместим с диагнозата улцерозен колит ¹	
3	Умерено тежка и тежка форма на болестта съгласно ECCO & ESPGHAN 2012: кървава диария ≥ 5 дневно, нощна дефекация, наличие на коремна болка, ограничаване на обичайната активност ¹	
4	Високо ниво на CRP > 5 mg/l и/или други обективни белези за активност (повишени нива на калпротектин във фекалии или ендоскопски или хистологични белези за активност) ¹	
5	Сумарна оценка по Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) над 34 точки ²	
6	Неповлияване от кортикостероиди или имunosупресори в оптимални курсове и дози за поне 3 месечен период (един месец за рефрактерните * на лечение случаи) ³ * за рефрактерни се приемат случаите с персистираща активна болест, въпреки лечението с prednisolone в доза над 0.75 mg/kg дневно за период над 4 седмици	
7	Липса на изключващи критерии по т. Б ⁴	

¹ необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2 - задължително се представят на оригинална бланка от лаборатория или заверено и подписано копие, при наличие на хоспитализация се прилага епикриза с номер ИЗ с давност до 1 месец преди кандидатстването; задължително се представят данни за ръст, тегло и BMI, както и резултат от инструменталните и хистологични изследвания на оригинална подписана и подпечатана бланка (давност 1 година);

² прилага се оценка по скала PUCAI - необходимо е двукратно потвърждаване на изграждащите го показатели за поне 4-седмичен период от лечението, прилагат се и двата фиша, удостоверяващи провеждане на оценката;

³ амбулаторни листове от прегледи при специалист/епикризи, удостоверяващи назначаване на предходна терапия с отразени срокове на приложение и развити странични реакции, започната терапия с други лекарствени продукти, срокове, ефективност;

⁴ удостоверява се с подписи на специализираната комисия в приложение 1 на настоящите изисквания.

Б. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Бременност и лактация
2. Активна или латентна туберкулоза, сепсис или друга тежка инфекция
3. HIV инфекция
4. Остър или хроничен вирусен хепатит
5. Неопластични заболявания
6. Застойна сърдечна недостатъчност (NYHA III-IV)
7. Апластична анемия, изразена гранулоцитопения, миелофиброза, лимфом
8. Множествена склероза и други болести с демиелинизация
9. Автоимунно заболяване

Отговаря на критериите за лечение с в дневна доза

..... специализирана комисия

.....

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПРИ БОЛНИ ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Име:	ЕГН													
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение

В. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	
1	Повлияване на показателите: <ul style="list-style-type: none"> ▪ намаляване на клиничната симптоматика ▪ подобряване или нормализиране на отклонените лабораторни показатели ▪ ендоскопско или хистологично подобрене ¹ 	
2	Сумарна оценка на показателите – значително понижение на PUCAI спрямо изходната ²	
3	Липса на нежелана лекарствена реакция и изключващи критерии по т. Г ³	

¹ медицинска документация с отразена степен на повлияване на показателите, задължително се представя и амбулаторния лист от прегледа на 12-та седмица след започване на лечението, необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2 - задължително се представят на оригинална бланка от лаборатория или заверено и подписано копие;

² прилага се оценка по скала PUCAI;

³ удостоверява се с подписи на специализираната комисия в приложение 1 на настоящите изисквания и се попълва таблица 1

табл. 1 Нежелани лекарствени реакции

гадене, главоболие, световъртеж	
алергия	
повишаване на артериалното налягане	
тежка инфекция	
хематологични и/или биохимични отклонения съобразно фармакологичното досие на продукта - хемоглобин под 80 g/l, левкоцити под 3 500, тромбоцити под 90 000	

Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Липса на терапевтичен ефект след започване на лечението
2. Трайна клинична и ендоскопска ремисия на болестта – оздравяване на лигавицата, включително траен спад на PUCAI под 10
3. Прекъсване на терапията по вина на болния са период повече от 2 месеца

НЗОК ЗАПЛАЩА ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ С АНТИЦИТОКИНОВИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ДО ПОСТИГАНЕ НА ТРАЙНА КЛИНИЧНА И ЕНДОСКОПСКА РЕМИСИЯ (ОЗДРАВЯВАНЕ НА ЛИГАВИЦАТА).

Определение за оздравяване на лигавицата – без клинични, биохимични/лабораторни, ендоскопски или хистологични белези на възпаление.

Отговаря на критериите за лечение с в дневна доза

..... специализирана комисия

.....



I. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, включени в Приложение 1 на ПЛС, които НЗОК заплаща в съответствие с действащите нормативни документи.

INN	МКБ	ДОЗА
ADALIMUMAB	K50.0, K50.1	<p>Индукционна терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 80 mg през седмица 0, последвани от 40 mg през седмица 2 или 160 mg през седмица 0 (под формата на четири инжекции в рамките на едно денонощие или като две инжекции дневно в два последователни дни), след което 80 mg през седмица 2 ** <p>Поддържаща терапия***:</p> <ul style="list-style-type: none"> 40 mg през седмица или 40 mg всяка седмица
INFLIXIMAB	K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mg/kg интравенозна инфузия на 0, 2 и 6 седмици <p>Поддържаща терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mg/kg интравенозна инфузия на всеки 8 седмици след 6-та седмица

* индукционната терапия с Adalimumab трябва да се провежда в комбинация с кортикостероиди

** рискът от нежелани ефекти е по-голям

*** по време на поддържащата терапия дозата на кортикостероидите се намалява постепенно в съответствие с правилата на добрата клинична практика

2. ПРОСЛЕДЯВАНЕ:

Таблица 2

Изследвания	Период на лечение				
	изходни	6 месец	12 месец	+6 месец	+12 месец
ХЕМАТОЛОГИЧНИ					
хемоглобин	✓	✓	✓	✓	✓
еритроцити	✓	✓	✓	✓	✓
MCV	✓	✓	✓	✓	✓
хематокрит	✓	✓	✓	✓	✓
левкоцити	✓	✓	✓	✓	✓
тромбоцити	✓	✓	✓	✓	✓
СУЕ / CRP	✓	✓	✓	✓	✓
БИОХИМИЧНИ					
ASAT	✓	✓	✓	✓	✓
ALAT	✓	✓	✓	✓	✓
GGT / AP	✓	✓	✓	✓	✓
йонограма	✓	✓	✓	✓	✓
Креатинин / урея	✓	✓	✓	✓	✓
общ белтък	✓	✓	✓	✓	✓
албумин	✓	✓	✓	✓	✓
Серумно желязо / ЖСК	✓	✓	✓	✓	✓
СЕРОЛОГИЧНИ					
HBsAg / Anti HB c- total *	✓				
Anti HCV *	✓				
HIV*	✓				
CMV **					
C. difficile **					
ИНСТРУМЕНТАЛНИ					
Ендоскопия (колоно или сигмоидоскопия)	✓		✓		✓
хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал	✓		✓		✓
Обзорна или контрастна рентгенография или КАТ, или МРТ **					
абдоминална ехография	✓	✓	✓		✓
Рентгенография на бял дроб	✓				

ДРУГИ					
BMI	✓	✓	✓	✓	✓
PCDAI за Болест на Crohn	✓	✓	✓	✓	✓
PUSAI за Улцерозен колит	✓	✓	✓	✓	✓
туберкулинова проба	✓		✓		✓

*Положителен серологичен маркер за вирусен хепатит без активна вирусна репликация (PCR) не е противопоказание за провеждане на биологично лечение, но при задължителен контрол на вирусната репликация.

** извършват се по преценка

Изследванията се представят на оригинални бланки или заверени копия с подпис и печат на ЛЗ (при наличие на хоспитализация с давност до 1 месец преди кандидатстването се прилага заверено копие от епикриза с номер ИЗ).

II. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ

1. **Възрастовата граница** се изчислява в навършени години - т.е. включително към датата на издаване на протокола от специализираната комисия.
2. При назначаване на терапия по протокол задължително се съобразяват възрастовите ограничения, съгласно кратката характеристика на съответния лекарствен продукт, утвърдена по реда на ЗЛПХМ.
3. НЗОК не заплаща лечение извън указаната възрастова граница в кратката характеристика на продукта.
4. НЗОК не заплаща лечение с дози над максимално разрешените по кратка характеристика на продукта.
5. В случай на настъпила подозирана нежелана лекарствена реакция, лекарят уведомява ИАП по реда на чл. 184 от ЗЛПХМ. Копие от съобщението се прилага към медицинската документация на ЗОЛ при кандидатстване за лечение.
6. **СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА КОМИСИЯ** издава Решение след проведена Амбулаторна процедура № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“ на основание чл. 53 и чл. 303 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2018г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г.) и предоставена от ЗОЛ медицинска документация. Специализираната комисия съхранява един екземпляр от Решението, съхранява втори екземпляр на протокола/и, всички необходими документи за издаването му и копие от приложение 1 на настоящите изисквания, попълнено по съответната точка и подписано от членовете на специализираната комисия.

Настоящите изисквания са разработени на основание чл. 58 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2018г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г.), влизат в сила от 01 декември 2018г. на основание решение № РД-НС-04-69/29.11.2018г. и отменят действащите изисквания, в сила от 01.04.2015г.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ С ИЗИСКВАНИЯТА ЗА ЗАПОЧВАНЕ/ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО С ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

.....
Аз долуподписаният/ата

.....
след като се запознах с цялата ми предоставена информация и целта на лечението с лекарствения продукт..... и след като получих изчерпателни отговори на поставените от мен въпроси, декларирам че:

1. Ще спазвам препоръчаната ми схема на лечение и периодичност на контролните прегледи.
2. Редовно ще се явявам на контролни прегледи и няма да променям самovolно или под друго внушение назначената ми терапия.
3. При преустановяване на лечението по причини, неизтичащи от решението на Комисията за експертизи в РЗОК и/или Комисията по чл. 78, т.2 от ЗЗО, ще уведомя незабавно личния си лекар и РЗОК и ще върна в РЗОК последния протокол, по който съм получавал/а лекарствения продукт.
4. При неспазване на посочените условия лечението ми с упоменатия лекарствен продукт ще бъде прекратено и няма да имам претенции към НЗОК.
5. Притежавам/ не притежавам актуално ТЕЛК решение във връзка със заболяването.

Дата:.....

Декларатор:.....
(име, презиме и фамилия)

Подпис:.....