

תאריך: ____ / ____ / ____

בקשה לדין בועדת חריגים בטכנולוגיה שאינה תרופה ואינה כלולה בסל

הנחיות להגשת הבקשה:

- א. טופס בקשה זה מלא וחתום** על ידי הרופא הממליץ והחבר, כולל מידע המתייחס בהרחבה לחריגות הרפואית, מיצוי חלופות טיפוליות אחרות (אם קיימות) ועוד.
- ב. יש לצרף מסמכים רפואיים מפורטים הכוללים המלצה לטכנולוגיה המבוקשת וכל מסמך רפואי רלוונטי שיכול לסייע בבחינת הבקשה, (כגון: מכתבי מעקב רפואיים, סיכום ביקורים במרפאות מומחים, סיכומי אשפוז, תוצאות בדיקות דם / דימות / פתולוגיה וכד') וכן ספרות רפואית תומכת (באחריות הרופא הממליץ).**

חלק זה מיועד למילוי החברה (יש להקפיד למלא את כל השדות המבוקשים על גבי הטופס).

1. פרטים אישיים:

שם פרטי ומשפחה:	מס' ת.ז. (9 ספרות):	גיל	מין:
	_ _ _ _ _ _ _ _ _		<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

הטכנולוגיה המבוקשת: _____

סיבת הפניה לוועדה: _____

2. טיעון בעל-פה:

אני מעוניינת להציג את טעוני בעל פה.
הבקשה פורטה במלואה במסמכים המצורפים.

אני או בא כוחי (שפרטיו להלן) מעוניינת להציג את טעוני בעל פה בפני הוועדה.
בקשתכם לטעון בפני הוועדה תיבחן ובמידת הצורך יתואם מולכם מועד מתאים לדין בעל פה.

פרטי הגורם המיצג בפני הוועדה:

שם פרטי ומשפחה: _____

קרבה לפונה: _____ טלפון: _____

כתובת דוא"ל: _____

3. חתימה:

שם פרטי ומשפחה:	תאריך:	חתימה:

חלק זה מיועד למילוי הרופא/ה המטפל/ת

יש לצרף לטופס הבקשה סיכום רפואי מפורט הכולל: רקע רפואי וטיפולים קודמים שקיבל/ה החברה/ה כולל מחלות רקע ותגובה לטיפולים קודמים. על הסיכום לכלול את ההמלצה לטכנולוגיה המבוקשת. במידה ורלבנטי, **נא לצרף** גם מצב תפקודי ותשובת פתולוגיה.

1. הטכנולוגיה המבוקשת: _____

2. מחלה נוכחית בגינה נדרשת הטכנולוגיה: _____

3. האם הטכנולוגיה רשומה להתוויה כלשהי בארץ CE / EMA / FDA / אחר ? _____

4. האם קיימים טיפולים חלופיים בסל למצבו/ה של החברה/ה והאם הוצעו לחברה/ה ? _____

5. מהי החריגות הרפואיות במצבו/ה של החברה/ה המבקש/ת:

6. במידה והחברה/ה החל/ה לקבל את הטיפול, יש לפרט באיזו מסגרת הוא ניתן, מהי מידת יעילות הטיפול המבוקש ומשך הטיפול שניתן עד כה. יש לפרט את תוצאות הטיפול שניתן, סובייקטיביות / אובייקטיביות ולצרף תוצאות הדמיה, בדיקות מעבדה וכו' _____

* **אנא מלא/י פרטי הקשר במלואם על מנת לאפשר לצוות הוועדה יצירת קשר לצורך בירורים נוספים ככל שיידרשו**

שם הרופא/ה המטפל/ת:	התמחות:	טלפון:
כתובת דוא"ל:		חתימה: