

**Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia (poz.)**

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
(numer zapotrzebowania nadany przez ministra
właściwego do spraw zdrowia)

ZAPOTRZEBOWANIE

**na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia
pacjenta dopuszczonego do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia**

Część A

(miejsowość, data)

(imię i nazwisko/nazwa²⁾ wystawiającego zapotrzebowanie)

(imię i nazwisko pacjenta)

(kod pocztowy, adres)

(numer telefonu, telefaksu)

(pieczęć wystawiającego zapotrzebowanie)

SmartPak Sodium Glycerophosphate 21,6% 1l
(nazwa produktu leczniczego)

Sodium glycerophosphate

(nazwa powszechnie stosowana)

Worek 1000 ml, 216 gram Sodium glycerophosphate / litr (1 mmol P/ml)

(postać farmaceutyczna, dawka)

300 opakowań a 1000 ml

(ilość produktu leczniczego)

6 miesięcy

(okres kuracji)

Added Pharma Ltd. Szwajcaria

(nazwa wytwórcy)

Wystawiający zapotrzebowanie jest świadomy, że wystawia zapotrzebowanie na produkt leczniczy niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta dopuszczony do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia. Przedmiotowy produkt leczniczy będzie stosowany na odpowiedzialność wystawiającego zapotrzebowanie.

.....
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie¹⁾)

.....
(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital lub osoby przez niego upoważnionej¹⁾)

.....
(podpis i pieczęć konsultanta z danej dziedziny medycyny)

Załączniki²⁾:

- 1) Informacja dotycząca choroby pacjenta.
- 2) Uzasadnienie dotyczące wnioskowanej ilości produktu leczniczego oraz zastosowania produktu leczniczego, którego dotyczy zapotrzebowanie.
- 3) Lista zawierająca dane pacjentów, których dotyczy zapotrzebowanie oraz ilość produktu leczniczego przeznaczonego dla danego pacjenta.

Część B

Potwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia

.....
(numer potwierdzenia nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia)

1) potwierdzam, że względem produktu leczniczego nie zaszły okoliczności, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne²⁾;

2) potwierdzam, że względem produktu leczniczego zaszły okoliczności, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, polegające na²⁾:

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć ministra właściwego do spraw zdrowia)

Część A – wypełnia lekarz prowadzący leczenie.

Części B – wypełnia minister właściwy do spraw zdrowia.

¹⁾ Wypełnić, jeżeli dotyczy.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.