



טופס בקשה לוועדת חריגים

1. פרטים כלליים			
שם מלא	תעודת זהות	גיל	מין
			זכר ☐ נקבה ☐
כתובת	מספר טלפון	תאריך	
מחלה / התוויה בגינה נדרש הטיפול		הטיפול המבוקש	
שם הרופא שממליץ על הטיפול	תחום מומחיות	המוסד שבו הוא עובד	
שם הפונה		חתימה	

2. ביטוח רפואי פרטי
☐ קיים ביטוח פרטי הכולל סעיף המכסה תרופות שאינן בסל התרופות
☐ הביטוח הפרטי צפוי לממן את הטיפול המבוקש עד תאריך _____
*יש לצרף את פוליסת הביטוח והודעות שהתקבלו בנושא מחברת הביטוח.

3. רקע רפואי וטיפולים קודמים שקיבלה/המטופל למחלה/התוויה נוכחית

4. חלופות טיפוליות הכלולות בסל/ סל לאומית/ שב"ן למצבו/ה של המטופל

5. סטטוס התרופה					
מאושר FDA או EMA	מאושר בארץ אך להתוויה אחרת	הוגש לסל בשנים קודמות	הוגש לסל הבא	מחקרים בארץ ובעולם	טיפול חמלה
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. מינון/משטר טיפול ומשך הטיפול המבוקש

7. מידת הביסוס המדעי של הטיפול המבוקש למחלה/התוויה נוכחית

8. הוכחת יעילות הטיפול המבוקש (נא לצרף בדיקות רלוונטיות)

9. שאלת החריגות

10. מסמכים רלוונטיים
נא לצרף כל מסמך רלוונטי כדוגמת בדיקות הדמיה, מעבדות, מכתב רפואי עדכני רלוונטי