



טופס בקשה לוועדת חריגים

1. פרטים כלליים			
שם מלא	תעודת זהות	גיל	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

3. רקע רפואי וטיפולים קודמים שקיבלה/ה מטופל למחלה/התוויה נוכחית

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

5. סטטוס התרופה					
טיפול חמלה	מחקרים בארץ ובעולם	הוגש לסל הבא	הוגש לסל בשנים קודמות	מאושר בארץ אך להתוויה אחרת	מאושר FDA או EMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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