

.....
Oznaczenie podmiotu leczniczego (pieczętka)

Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne, z wyłączeniem immunoglobuliny anty-RhD, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia lub desmopresynę

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL pacjenta^{*)}:

Data urodzenia pacjenta (dd-mm-rrrr): - -

Rodzaj skazy krwotocznej oraz postać:

hemofilia B ciężka umiarkowana łagodna

Obecność inhibitora:

niskie maksymalne miano
(do 5 jednostek Bethesda włącznie) wysokie maksymalne miano
(powyżej 5 jednostek Bethesda)

w trakcie diagnostyki

Zalecana ilość czynnika krzepnięcia/desmopresyny:

(określona na podstawie wagi pacjenta, wynoszącej: kg)

Rodzaj produktu leczniczego stosowanego w Programie (nazwa)

koncentrat czynnika IX koncentrat rekombinowanego czynnika IX

Wskazania do wydania koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny,

1. Koncentrat czynnika IX

- leczenie domowe - krwawieniach
- leczenie domowe – wtórna profilaktyka dorosłego chorego
- leczenie domowe - program ITI
- leczenie ambulatoryjne
- leczenie szpitalne

2. Koncentrat rekombinowanego czynnika IX^{**)}

- leczenie domowe - krwawieniach
- leczenie domowe - program ITI
- leczenie ambulatoryjne
- leczenie szpitalne

.....
/data/

.....
/ czytelny podpis, pieczętka lekarza/

*) W przypadku braku numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

**) Do leczenia krwawień u dzieci z hemofilią B, które nie otrzymywały wcześniej produktów krwiopochodnych