

.....
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:

choroba von Willebranda typ 1 typ 2 typ 3

Obecność inhibitora:

niskie maksymalne miano
(do 5 jednostek Bethesda łącznie)

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 VIII zawierający czynnik von Willebranda desmopresyna dożylna
 desmopresyna donosowa

Wskazania do wydania koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny,

1. Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII zawierający czynnik von Willebranda, zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia choroby von Willebranda

leczenie domowe – wtórna profilaktyka
 leczenie domowe - program ITI
 leczenie ambulatoryjne
 leczenie szpitalne

2. Desmopresyna donosowa

leczenie domowe
 leczenie ambulatoryjne
 leczenie szpitalne

3. Desmopresyna dożylna

leczenie domowe
 leczenie ambulatoryjne
 leczenie szpitalne

.....
/data/

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

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