

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
I REOSIGURANJA FEDERACIJE
BOSNE I HERCEGOVINE
S A R A J E V O**

U p u t s t v o

***za fakturisanje liječenja osiguranih lica na teret sredstava
fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine***

Sarajevo, avgust 2012. godine

Na osnovu tačke XII Odluke o kriterijima i načinu korištenja sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj 22/02 i 11/05) i tačke X 4. Odluke o osnovama, kriterijima i mjerilima za zaključivanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama koje osiguravaju usluge zdravstvene zaštite, a finansiraju se iz sredstava federalnog fonda solidarnosti ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj 30/02 i 55/03), direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine,
d o n o s i

U p u t s t v o

za fakturisanje liječenja osiguranih lica na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine

I Opšte odredbe

1. Ovim Uputstvom se, saglasno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Sužbene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj 30/97, 07/02, 70/08 i 48/11) i podzakonskih akata kojima je regulisano korištenje sredstava federalne solidarnosti, u cilju uspostavljanja jedinstvenog sistema obračuna i fakturisanja zdravstvenih usluga pruženih osiguranim licima u skladu sa Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava ("Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj 21/09 -u daljem tekstu: Odluka o osnovnom paketu) i Odlukom o utvrđivanju prioriternih vertikalnih programa zdravstvene zaštite od interesa za Federaciju Bosne i Hercegovine i prioriternih najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti koji će se pružati osiguranim licima na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine ("Sužbene novine Federacije Bosne i Hercegovine", broj. 08/05, 11/07, 44/07, 97a/07, 33/08 i 52/08-u daljem tekstu: Odluka o prioriternim federalnim programima zdravstvene zaštite i prioriternim najsloženijim oblicima zdravstvene zaštite), utvrđuju:

1.1. Jedinstveni šifarnik zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava federalnog fonda solidarnosti i koje su predmet ugovora sa zdravstvenim ustanovama (Šifarnik u prilogu ovog Uputstva);

1.2. Sadržaj i forma fakture;

1.3. Dokumentacija koju je potrebno priložiti uz fakturu da bi se prihvatila kao valjana;

1.4. Obračun utroška citostatika;

1.5. Način korištenja lijekova sa Liste lijekova Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine utvrđenih u Odluci o Listi lijekova Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj 67/11 i 64/12 - u daljem tekstu: Odluka o listi lijekova), lijekova sa Liste lijekova u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti koji se mogu koristiti na teret sredstava Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine utvrđenih u Naredbi o listi lijekova u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti koji se mogu koristiti na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“, broj 38/06 , 13/08 i 38/08 – u daljem tekstu: Naredba o listi lijekova), lijekova utvrđenih u Pravilniku o uvjetima u pogledu prostora, kadra i medicinsko tehničke opreme za osnivanje i organizaciju rada zdravstvenih

ustanova koje obavljaju djelatnost dijalize („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine”, broj 89/11-u daljem tekstu: Pravilnik o obavljanju djelatnosti dijalize) i lijekova utvrđenih u Uputstvu o primjeni Odluke o listi lijekova Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, broj: 01/VII-11-14-2414-4/11, od 24.02.2012.godine -u daljem tekstu Uputstvo o listi lijekova);

1.6. Šifarnik citostatika i citostatika sa posebnim režimom propisivanja utvrđenih u Uputstvu o listi lijekova (Šifarnik u prilogu ovog Uputstva);

1.7. Fakturisanje pružanja zdravstvene usluge – hemodijaliza;

1.8. Obračun utroška lijekova za hemodijalizu;

1.9. Obračun utroška potrošnog materijala za hemodijalizu;

2.0. Obračun utroška imunosupresiva, lijekova za liječenje hepatitisa B i C , lijekova za liječenje multipla skleroze , lijekova za liječenje hemofilije, antiretroviralnih lijekova, humanog imunoglobulina, lijekova za liječenje kronove bolesti i lijekova za profilaksu respiratornog sincicijalnog virusa.

2.1 Obračun izvršenih usluga u skladu sa Odlukom o osnovnom paketu i Odlukom o prioritetnim federalnim programima zdravstvene zaštite i prioritetnim najsloženijim oblicima zdravstvene zaštite.

II Način fakturisanja i obračun utrošaka

Shodno Odluci o osnovnom paketu, Odluci o prioritetnim federalnim programima zdravstvene zaštite i prioritetnim najsloženijim oblicima zdravstvene zaštite i u skladu sa Ugovorom o pružanju zdravstvenih usluga koje se finansiraju iz sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine zdravstvena ustanova će izvršiti obračun izvršenih usluga.

1. Fakturisanje zdravstvenih usluga pruženih osiguranim licima vrši se mjesečno, najkasnije do 10. u tekućem mjesecu za prethodni mjesec.

2. Fature se ispostavljaju i to:

2.1. Pojedinačna faktura za svako osigurano lice kome su pružene zdravstvene usluge u mjesecu za koji se faktura ispostavlja;

2.2. Zbirna faktura za sva osigurana lica kojima su pružene zdravstvene usluge u mjesecu za koji se faktura ispostavlja.

3. Uz svaku pojedinačnu fakturu obavezno se prilažu slijedeći dokumenti:

- Saglasnost za liječenje osiguranog lica na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, izdatu od strane ovlaštenog nadležnog organa na propisanom obrascu;
- Uputnica izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, sa nalazom i mišljenjem doktora medicine, odgovarajuće specijalnosti;
- Otpusno pismo za hospitalizirana osigurana lica.

4. Zbirne fakture se ispostavljaju po vrstama zdravstvenih usluga pruženih u mjesecu za koji se ispostavljaju, s tim što se uz svaku prilažu pojedinačne fakture za odnosni mjesec, razvrstane po kantonima.

III. Sadržaj i forma fakture

Pojedinačna faktura treba da sadrži slijedeće podatke:

1. Uvodni dio (zaglavlje):

- Naziv zdravstvene ustanove koja ispostavlja fakturu;
- Broj i datum ispostavljanja fakture;
- Naziv institucije kojoj se ispostavlja faktura (Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine);
- Ime i prezime pacijenta i JMBG ;
- Period za koji se ispostavlja faktura;
- Broj izdate saglasnosti i uputnice iz tačke II.3. alineja 1. i 2. ovog Uputstva.

2. Sadržaj fakture, na obrascu, sa slijedećim podacima:

Obrazac

<i>R. br.</i>	<i>Šifra</i>	<i>Naziv</i>	<i>Jedinica mjere</i>	<i>Količina</i>	<i>Jedinična cijena</i>	<i>Iznos</i>

Ukupno:

3. Potpis odgovorne osobe ovjeren pečatom zdravstvene ustanove.

IV. Citostatici

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja priznavaće korištenje citostatika:

- koji su utvrđeni u Listi lijekova Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, iz Odluke o listi lijekova i Naredbe o listi lijekova- Annex 2;
- korištenje istih će se vršiti u skladu sa odredbama Uputstva o listi lijekova i
- ako su korišteni citostatici označeni prema Šifarniku citostatika za liječenje na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti.

V. Obračun utroška citostatika

1. Obračun **utroška citostatika** vrši se na način utvrđen u tač. II i III ovog Uputstva s tim što se:

- Uz pojedinačni obračun ispostavljen za korištenje citostatika zdravstvena ustanova prilaže obrazac: "Pregled liječenja citostaticima", u koji su uneseni podaci za kvantitativnu evidenciju citostatika;
- Uz zbirni obračun utroška citostatika prilaže se specifikacija utroška svakog citostatika pojedinačno sa liste lijekova, po obliku, jačini, količini i vrijednosno.

Ukupan iznos koji je na zbirnom obračunu utroška citostatika za tekući mjesec mora odgovarati zbiru utroška citostatika po svakom pacijentu pojedinačno, koji je iskazan na obrascu „Pregled liječenja citostaticima“.

2. Obrazac " Pregled liječenja citostaticima ", sa Uputama je sastavni dio ovog Uputstva (Obrazac sa Uputama u prilogu Uputstva -Annex 1 i 1a).

Mišljenje konzilija ljekara obavezno se prilaže uz prvi pojedinačni obračun (prilikom uspostavljanja obračuna utroška citostatika) i u slučajevima kada se zavisno od stanja osiguranog lica vrši promjena prvobitno utvrđene vrste citoteterapije i citostatika.

VI Fakturisanje pružanja zdravstvene usluge - hemodijaliza

1. Fakturisanje zdravstvenih usluga – hemodijaliza pruženih osiguranim licima vrši se saglasno tački II. 1. ovog Uputstva, s tim što se:

- 1.1. Ispostavlja zbirna faktura za sva osigurana lica kojima je odnosna zdravstvena ustanova pružila hemodijalizu u mjesecu za koji se ispostavlja zbirna faktura;
- 1.2. Uz zbirnu fakturu obavezno prilaže "Spisak osiguranih lica kojima je pružena hemodijaliza" u mjesecu za koji se ispostavlja zbirna faktura, na propisanom obrascu koji je sastavni dio ovog Uputstva (Obrazac u prilogu- Annex 3.)

2. Zbirna faktura iz prethodne tačke sadrži:

2.1. Uvodni dio (zaglavlje):

- Naziv zdravstvene ustanove koja ispostavlja zbirnu fakturu;
- Broj i datum ispostavljanja;
- Naziv institucije kojoj se ispostavlja zbirna faktura (Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine);
- Period za koji se ispostavlja.

2.2. Sadržaj fakture:

- Broj osiguranih lica kojima je pružena hemodijaliza u periodu za koji se ispostavlja zbirna faktura;
- Jedinična cijena po jednoj hemodijalizi;
- Ukupan iznos u KM.

2.3. Potpis odgovorne osobe ovjeren pečatom zdravstvene ustanove.

VII Lijekovi za hemodijalizu

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja priznavaće korištenje lijekova za hemodijalizu:

- *iz Odluke o listi lijekova, Naredbe o listi lijekova i Pravilnika o obavljanju djelatnosti dijalize - Annex 4) ;*
- *ako je korištenje istih u skladu sa odredbama Uputstva o listi lijekova i*
- *ako su korišteni lijekovi označeni prema Šifarniku lijekova za hemodijalizu za liječenje na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti.*

VIII

Obračun utroška lijekova za hemodijalizu

1. Obračun utroška lijekova za hemodijalizu vrši na sljedeći način:

- *Sumarni pregled utroška lijekova sadrži specifikaciju utroška svakog lijeka pojedinačno sa liste lijekova, po količini i vrijednosno, koji se iskazuje na obrascu „Izveštaj o utrošku lijekova za hemodijalizu“ (Annex br.5)*

Ukupan iznos koji je na zbirnom obračunu utroška lijekova za tekući mjesec mora odgovarati zbiru utroška lijekova za hemodijalizu po svakom pacijentu pojedinačno, koji je iskazan na obrazcu „Mjesečni pregled izdatih lijekova za hemodijalizu za pojedinačnog pacijenta“.

2. Obrazac “Mesečni pregled izdatih lijekova za hemodijalizu za pojedinačnog pacijenta“ sastavni je dio ovog Uputstva (Annex br.6).

IX

Obračun utroška potrošnog materijala za hemodijalizu

1. Obračun utroška potrošnog materijala za hemodijalizu vrši na sljedeći način:

- *Izveštaj o utrošku potrošnog materijala za hemodijalizu sadrži specifikaciju utroška svake stavke potrošnog materijala pojedinačno po količini i vrijednosno.*

2. Obrazac “Izveštaj o utrošku potrošnog materijala za hemodijalizu“ sastavni je dio ovog Uputstva (Annex br.7).

X

Imunosupresivi, lijekovi za liječenje hepatitisa C i B, lijekovi za liječenje multiple skleroze, lijekovi za liječenje hemofilije, antiretrovirusni lijekovi, humani imunoglobulini, lijekovi za liječenje Cronove bolesti i lijekovi za profilaksu respiratornog sincicijalnog virusa

Federalni zavod osiguranja i reosiguranja priznavaće korištenje imunosupresiva, lijekova za liječenje hepatitisa C i B, lijekova za liječenje multiple skleroze, lijekova za liječenje hemofilije, antiretrovirusnih lijekova, humanog imunoglobulina, lijekova za liječenje Cronove bolesti i lijekova za profilaksu respiratornog sincicijalnog virusa

- 1 iz Odluke o listi lijekova i Naredbe o listi lijekova - Annex 8) ;
- 2 ako je korištenje istih u skladu sa odredbama Uputstva o listi lijekova i
- 3 ako su korišteni lijekovi označeni prema Šifarniku za liječenje na teret sredstava federalnog fonda solidarnosti.

XI

Obračun imunosupresiva, lijekova za liječenje hepatitisa C i B, lijekova za liječenje multiple skleroze, lijekova za liječenje hemofilije, antiretrovirusnih lijekova, humanog imunoglobulina, lijekova za liječenje Cronove bolesti i lijekova za profilaksu respiratornog sincicijalnog virusa

1. Obračun **utroška** vrši se na slijedeći način:

- Sumarni pregled utroška sadrži specifikaciju utroška svakog lijeka pojedinačno sa liste lijekova, po količini i vrijednosno.

Ukupan iznos koji je na zbirnom obračunu utroška lijekova za tekući mjesec ,mora odgovarati zbiru utrošaka lijekova po svakom pacijentu pojedinačno.

Potvrda o pristanku pacijenta za tretman liječenja hepatitisa B, odnosno C prilaže se uz prvu pojedinačnu fakturu

XII Računovodstveni aspekt fakturisanja

Sadržaj fakture knjigovodstvene isprave mora nedvojbeno i vjerodostojno pokazivati vrstu i obim nastale promjene (izvršena usluga sa popratnom dokumentacijom).

Faktura kao i svaka knjigovodstvena isprava treba da zadovolji princip tačnosti, istinitosti, pouzdanosti, sveobuhvatnosti, pravovremenosti i pojedinačnom iskazivanju poslovnih događaja.

Faktura je predmet formalne i suštinske kontrole ispravnosti kao knjigovodstvene isprave i polazi se od toga da li je isprava sastavljena u skladu sa propisima i općim aktima, te Federalni zavod osiguranja i reosiguranja zadržava pravo da je ospori ili vrati u slučaju neispunjenja odredbi ovog Uputstva, ugovora ili zakonskih propisa.

XIII Odredbe iz ugovora sa zdravstvenim ustanovama

Odredbe iz ugovora sa zdravstvenim ustanovama vezane za fakturisanje, pravdanje i dostavu faktura i izvještaja moraju se primjenjivati.

XIV Završne odredbe

Ovo Uputstvo stupa na snagu danom donošenja, a primjenjivaće se od 01.09.2012. godine.

Danom stupanja na snagu ovog Uputstva prestaje da važi Uputstvo za fakturisanje liječenja osiguranih lica na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine, broj: 01/D-1852/08 od 17.10.2008.godine.

*Broj: 01/V-01-2-1738-1/12
Sarajevo, 29.08.2012.god.*

DIREKTOR

Agić Novka, dipl.ecc.

Annex 1.

- Zdravstvena ustanova: _____
- Organizaciona jedinica-odjeljenje: _____

Pregled liječenja citostaticima

• *Generalni podaci*

-1-	Period od - do	
-2-	Ime i prezime pacijeta	
-3-	JMBG pacijenta	
-4-	Broj saglasnosti	
-5-	Broj uputnice	
-6-	Naziv kantona	
-7-	Datum početka terapije	
-8-	Šifra dijagnoze-bolesti (MKB)	
-9-	Naziv dijagnoze	

• *Specifikacija citostatika*

R. br.	Šifra citostatika	Naziv	Jed. mjere	Količina
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-

Potpis pacijenta

Potpis i faksimil
ordinirajućeg
liječnika

Upute za popunjavanje obrasca su na poledini

Upute za popunjavanje obrasca " Pregled liječenja citostaticima"

I Generalni podaci

<i>Red.br. 1.</i>	<i>Upisati period (mjesec) za koji se ispostavlja faktura;</i>
<i>Red. br. 2..i Red.br.3</i>	<i>Upisati podatke iz ličnog dokumenta pacijenta;</i>
<i>Red.br. 4.</i>	<i>Upisati broj saglasnosti za liječenje osiguranog lica na teret sredstava fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine;</i>
<i>Red.br.5.</i>	<i>Upisati broj uputnice izdate od nadležnog ljekara za citoterapijski tretman;</i>
<i>Red.br. 6.</i>	<i>Upisati naziv kantona na čijem području je pacijent osiguran i ima saglasnost i uputnicu za liječenje;</i>
<i>Red.br. 7.</i>	<i>Upisati datum početka prve terapije;</i>
<i>Red.br. 8.</i>	<i>Upisati šifru dijagnoze prema posljednjoj zvaničnoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB);</i>
<i>Red.br. 9.</i>	<i>Upisati tačan naziv dijagnoze.</i>

II Specifikacija citostatika

<i>Kolona br.2..</i>	<i>Upisati šifru citostatika iz "Uputstva o primjeni Odluke o listi lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine"</i>
<i>Kolona br.3.</i>	<i>Upisati tačan komercijalni naziv citostatika , pakovanje, oblik i jačinu (generički naziv označen je šifrom u "Uputstvu o primjeni Liste lijekova fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine");</i>
<i>Kolona br.4.</i>	<i>Upisati odgovarajuću jedincu mjere citostatika;</i>
<i>Kolona br.5.</i>	<i>Upisati količinu utrošenih citostatika prema označenoj šifri i jedinici mjere</i>

Annex 1a.**Ogledni primjerak obrasca**

- Zdravstvena ustanova: Klinički centar - Sarajevo
 - Organizaciona jedinica-odjeljenje: Institut za onkologiju_____

Pregled liječenja citostaticima• **Generalni podaci**

-1-	Period od - do	01.01.2012 –31.03.2012.
-2-	Ime i prezime pacijeta	Helmut Stolz
-3-	JMBG pacijenta	0102954936123
-4-	Broj saglasnosti	02-0019-12
-5-	Broj uputnice	098/03-AS
-6-	Naziv kantona	Tuzlanski
-7-	Datum početka terapije	15.12.2011
-8-	Šifra dijagnoze–bolesti (MKB)	C 50
-9-	Naziv dijagnoze	CA maligni tumor dojke

Specifikacija citostatika

R. br.	Šifra citostatika	Naziv	Jed. mjere	Količina
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-
1	L01XC03001	trastuzumab-herceptin	boč.150mg (prašak za koncentrat za inf.otopinu)	4

Potpis pacijenta

Potpis i faksimil
ordinirajućeg liječnika

LISTA LIJEKOVA
Fonda solidarnosti Federacije Bosne i Hercegovine

CITOSTATICI

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1.	A04AA01	ondansetron	tbl 4 mg tbl 8 mg inj. 4 mg inj. 8 mg	Akutna mučnina i povraćanje izazvani citostatskom terapijom. Ograničena je upotreba uz ordinaciju citostatika iz 1. grupe emetogenog potencijala, te u slučaju svake druge citostatske terapije gdje postoji povraćanje gradusa 2-4, a terapija metoklopramidom nije efikasna.
2.	A04AA02	granisetron	tbl 1 mg inj. 3 mg film tbl 2 mg injekcije 1mg/ml	Akutna mučnina i povraćanje izazvani citostatskom terapijom. Ograničena je upotreba uz ordinaciju citostatika iz 1. grupe emetogenog potencijala, te u slučaju svake druge citostatske terapije gdje postoji povraćanje gradusa 2-4, a terapija metoklopramidom nije efikasna.
3.	G03HA01	ciproteron	tbl 50 mg	Efikasnost i indikaciono područje flutamida (rak prostate)
4.	L01AA01	ciklofosfamid	tbl 50 mg inj. 200 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
5.	L01AA02	klorambucil	tbl 2 mg tbl 5 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
6.	L01AA03	melfalan	tbl 2 mg tbl 5 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
7.	L01AA06	ifosfamid	2 g 5 g boč. 0,5 g boč. 1 g	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
8.	LO1AD01	karmustin	boč. 100 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
9.	L01AD02	lomustin	kaps. 40 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
10.	L01AX04	dakarbazin	inj. 100 mg inj. 200 mg prašak za rastvor za infuziju 500 mg prašak za rastvor za infuziju 1000 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
11.	L01BA01	metotreksat	inj. 5 mg inj. 20 mg inj. 50 mg inj. 500 mg inj. 1 g tbl 2,5 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
12.	L01BB02	merkaptopurin	tbl 50 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
13.	L01BB03	tioguanin	tbl 40 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
14.	L01BB05	fludarabin	inj. 50 mg	Kronična limfatična leukemija rezistentna na standardnu terapiju Prva linija terapije limfatične leukemija kod pacijenata mlađih od 50 godina Terapija limfoma niskog stepena maligniteta (low grade limfoma) rezistentih na druge vidove terapije Akutna mieloična i akutna limfatična leukemija rezistentna na druge vrste terapije

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
15.	L01BC01	citarabin	inj. 1 g inj. 100 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
16.	L01BC02	fluorouracil	inj. 50 mg inf/inj. 250 mg inf/inj. 500 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
17.	L01BC05	gemcitabin	inj. 200 mg inj. 1 g inf. 500 mg	<p>Prva linija liječenja raka gušterače.</p> <p>Kriteriji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COG status 0-2 2. nivo leukocita >3,0 (granulocita >1,5) 3. nivo trombocita > 100000 4. urea i kreatini < od 1,5 iznad gornje granice 5. nepostojanje metastaza u CNS <p>Dozvoljena dva ciklsa terapije, nakon öega se mora izvršiti dijagnosticka obrada putem CT-a markera Ca 19.9 i definisati potrebu za nastavkom terapije. Nastavak liječenja u slučaju pozitivnog odgovora</p> <p>Nemikrocelularni karcinom pluća</p> <p>Stadij oboljenja IIIA i IIIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • COG status 0-2 • nivo leukocita >3,0 (granulocita 1,5) • nivo trombocita > 100000 • HTC >0,9 • urea i kreatini < od 1,5 iznad gornje granice • nepostojanje metastaza u CNS • očekivano prezivljenje veće od 6 mjeseci • nepostojanje komorbiditeta <p>Kontrola nakon dva ciklusa kemoterapije, a daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora nakon provjere rezultata.</p> <p>Dozvoljena maksimalno 4 ciklusa kemoterapije.</p>
18.	L01BC06	kapecitabin	tbl 150 mg tbl 500 mg	<p>Prva linija terapije za karcinom dojke nakon adjuvantne terapije sa antraciklinima u kombinaciji sa taxanima kod žena mladih od 60 godina, hormonalno neovisnim ili rezistentnim tumorom, agresivnim tumorom sa progresijom kraćom od 12 mjeseci, visceralnim metastazama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na antracikline rezistentan tumor • Hormonski rezistentan tumor • Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 3000 (neutrofili iznad 1500) • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice • Nepostojanje metastaza u CNS-u. <p>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, a daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora nakon provjere rezultata dva ciklusa</p> <p>Druga linija terapije karcinoma dojke nakon neuspjeha terapije taxanima kod hromonalno neovisnog/rezistentnog karcinoma dojke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na antracikline rezistentan tumor

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> • Hormonski rezistentan tumor • Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 3000 (neutrofili iznad 1500) • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice • Nepostojanje metastaza u CNS-u. <p>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, a daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora nakon provjere rezultata dva ciklusa</p> <p>Prva linija terapije metastatskog karcinoma debelog crijeva (monohemoterapija) kod starijih bolesnika, bolesnika sa slabim općim statusom kod kojih intenzivna hemoterapija temeljena na Irinotecan-u nije indicirana, a ukoliko su zadovoljeni slijedeći kriteriji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COG status 0-2 • nivo leukocita >1,5 • nivo trombocita > 100000 • urea i kreatini < od 1,5 iznad gornje granice • nepostojanje metastaza u CNS • očekivano preživljenje veće od 6 mjeseci <p>Terapija u trajanju od 3 mjeseca nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p> <p>Druga linija terapije nakon progresije na LF i irinotekan ili oxaliplatin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 3000 (neutrofili iznad 1500) • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice • Nepostojanje metastaza u CNS-u <p>Terapija u trajanju od 3 mjeseca nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p> <p>Adjuvantna terapija karcinoma rektuma tokom iradijacije sa ciljem radiosenzibilizacije. Dozvoljena primjena samo tokom trajanja radioterapije.</p>
19.	L01CA01	vinblastin	inj. 10 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
20.	L01CA02	vin kristin	inj. 1 mg inj. 2 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
21.	L01CB01	etopozid	inj. 100 mg kaps. 50 mg kaps. 100 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
22.	L01CD01	paklitaksel	inj. 30 mg inj. 100 mg	Prva linija liječenja raka jajnika. Uvjeti:

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
			inf. 150 mg inf. 300 mg	<ul style="list-style-type: none"> • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 3000 (neutrofili iznad 1500) • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice • Nepostojanje metastaza u CNS-u <p>Nakon tri ciklusa terapije paklitakselom i cisplatinom, mora se uraditi provjera rezultata liječenja. Nastavak dozvoljen samo u slučaju pozitivnih rezultata.</p> <p>Adjuvantna terapija karcinoma dojke u kombinaciji sa antraciklinima: 3-4 ciklusa antraciklin-bazirana + 3-4 ciklusa paklitaxel.kod:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. visoko rizične kategorije: Hormonalno neovisni, HER-2 neu pozitivni tumori, 2. Hormon.neovisni,HER-2 neu negativni tumori, tumori višeg stupnja malignosti (G2,G3), sa limfovaskularnom invazijom, 4 i više aficiranih aksilarnih limfonoda (N2 status), pacijentintice mlađe životne dobi (< 35), ili > 35 sa više navedenih nepovoljnih odlika tumora. <p>Prva linija metastskog karcinoma dojke kod pacijentica koji su tretirani antraciklinima u adjuvantnoj terapiji.</p> <p>Uvjeti za ordinaciju paklitaksela:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Na antracikline rezistentan tumor 4. Hormonski rezinstentan tumor 5. Tumor u visceralnim organima 6. Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci 7. ECOG status 0-2 8. Nivo leukocita iznad 1500 9. Nivo trombocita iznad 100 000 10. Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice 11. Bilirubin <1,5 iznad gornje granice 12. Nepostojanje metastaza u CNS-u. <p>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Druga linija metasatsog karcinoma dojke nakon antraciklin-bazirane kemoterapije</p> <p>Uvjeti za ordinaciju paklitaksela:</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Na antracikline rezistentan tumor 14. Hormonski rezinstentan tumor 15. Tumor u visceralnim organima 16. Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci 17. ECOG status 0-2 18. Nivo leukocita iznad 1500 19. Nivo trombocita iznad 100 000 20. Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice 21. Bilirubin <1,5 iznad gornje granice 22. Nepostojanje metastaza u CNS-u. <p>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p>

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<p>Nemikrocelularni karcinom pluća-neoadjuvantno. Stadij oboljenja IIIA i IIIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • COG status 0-2 • nivo leukocita >3,0 (granulocita 1,5) • nivo trombocita > 100000 • HTC >0,9 • urea i kreatini < od 1,5 iznad gornje granice • nepostojanje metastaza u CNS • očekivano preživljenje veće od 6 mjeseci • nepostojanje komorbiditeta <p>Dozvoljena tri ciklusa kemoterapije, a zatim slijedi operacija ili iradijacija..</p>
23.	L01CD02	docetaksel	inj. 20 mg inj. 80 mg inf. 140 mg inf. 160 mg	<p>Adjuvantna terapija karcinoma dojke u kombinaciji sa antraciklinima: 3-4 ciklusa antraciklin-bazirana + 3-4 ciklusa paclitaxel.kod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visoko rizične kategorije: Hormonalno neovisni, HER-2 neu pozitivni tumori, • Hormon.neovisni,HER-2 neu negativni tumori, tumori višeg stupnja malignosti (G2,G3), sa limfovaskularnom invazijom, 4 i više aficiranih aksilarnih limfonoda (N2 status), pacijentintice mlađe životne dobi (< 35), ili > 35 sa više navedenih nepovoljnih odlika tumora. <p>Prva linija metastskog karcinoma dojke kod pacijentica koji su tretirani antraciklinima u adjuvantnoj terapiji. Uvjeti za ordinaciju paklitaksela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na antracikline rezistentan tumor • Hormonski rezinstentan tumor • Tumor u visceralnim organima • Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 3000 • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice • Nepostojanje metastaza u CNS-u. <p>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Druga linija metastsog karcinoma dojke nakon antraciklin-bazirane kemoterapije Uvjeti za ordinaciju paklitaksela:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hormonski rezinstentan tumor • Tumor u visceralnim organima • Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci • ECOG status 0-2 • Nivo leukocita iznad 1500 • Nivo trombocita iznad 100 000 • Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice • Bilirubin <1,5 iznad gornje granice

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nepostojanje metastaza u CNS-u.</i> <p><i>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</i></p> <p>Metastski hormonalno rezistentni karcinom prostate Uslovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uznapredovali ili metastski karcinom prostate</i> • <i>Progresija nakon primjene kompletne androgene blokade (hirurške kastracije, LHRH analoga, antiandrogena)</i> • <i>Progresija nakon povlačenja antiandrogena</i> • <i>Očekivani vijek življenja duže od 6 mjeseci</i> • <i>ECOG status 0-1</i> • <i>Nivo leukocita iznad 3500</i> • <i>Nivo trombocita iznad 100 000</i> • <i>Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice</i> • <i>Bilirubin <1,5 iznad gornje granice</i> • <i>Nepostojanje metastaza u CNS-u</i> <p><i>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</i></p> <p>Druga linija metastskog karcinoma pluća nakon progresije na terapiju cisplatin/etoposid</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ECOG status 0-</i> • <i>Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci</i> • <i>Nivo leukocita iznad 3000</i> • <i>Nivo trombocita iznad 100 000</i> • <i>Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice</i> • <i>Bilirubin <1,5 iznad gornje granice</i> • <i>Nepostojanje metastaza u CNS-u.</i> <p><i>Dozvoljena dva ciklusa kemoterapije, nakon čega slijedi provjera rezultata liječenja. Daljnje liječenje dozvoljeno samo u slučaju pozitivnog odgovora.</i></p>
24.	L01DA01	daktinomycin	inj. 0,5 mg	Sarkom djece i adolescenata
25.	L01DB01	doksorubicin	inj. 10 mg inj. 50 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
26.	L01DB02	daunorubicin	inj. 20 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
27.	L01DB03	epirubicin	inj. 10 mg inj. 50 mg	Koristi se kod bolesnika s kontraindikacijama za doksorubicinsku aplikaciju, relativna kardijalna insuficijencija, preboljeli infarkt, prijašnje zračenja medijastenuma, prijašnje liječenje doksorubicinom u maksimalnoj terapijskoj dozi.
28.	L01DB06	idarubicin	kaps. 5 mg kaps. 10 mg kaps. 25 mg inj. 5 mg inj. 10 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
29.	L01DB07	mitoxantron	infuzija 20 mg. infuzija 10 mg.	<p>Akutna mieloična leukemija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapija indukcije kod mlađih osoba u kombinaciji sa Ara C</i> • <i>Terapija indukcije kod starijih osoba</i> • <i>Terapija spasa kod refraktornih ili rekurentnih mieloičnih leukemija koje su već tretirane hemoterapijom</i>

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> Terapija konsolidacije kod mladih osoba <p>Akutna preielocitna leukoza</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapija konsolidacije Terapija održavanja <p>M. Hodgkin Terapija za starije osobe gdje se ne mogu primijeniti kardiotskični citostatici- protokol VEPEMB</p> <p>Indolentni NHL Terapija prve, druge ili treće linije po protokolima FMD (fludarabin, Mitoxantron, dexamethason) i FCM (Fludarabin, Mitoxantron, Cyclophosphamid)</p> <p>Agresivni NHL</p> <ul style="list-style-type: none"> Prva linija terapije kod mladih ljudi Terapija spasa za relapse nakon CHOP terapije kod pacijenata koji su primili maksimalnu dozu Doxorubicina Prva linija kod starijih ljudi sa kontraindikacijama za Doxorubicin
30.	L01DC01	bleomicin	inj. 15 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
31.	L01XA01	cisplatin	inj. 10 mg inj. 50 mg inf. 100 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
32.	L01XA02	karboplatin	inj. 50 mg inj. 150 mg inf. 450 mg inf. 600 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
33.	L01XA03	oxaliplatin	inj. 50 mg inj. 100 mg	<p>Prva linija metastatskog karcinoma debelog crijeva i rektuma u kombinaciji sa infuzijskim ordiniranim 5FU LV</p> <ul style="list-style-type: none"> po preporuci specijaliste onkologa ECOG status 0-2 <p>Terapija u trajanju od 2 mjeseca nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p> <p>Druga linija metastatskog karcinoma debelog crijeva i rektuma u kombinaciji sa 5FU/LV nakon progresije na 5FU/LV i irinotecan</p> <ul style="list-style-type: none"> po preporuci specijaliste onkologa ECOG status 0-2 <p>Terapija u trajanju od 2 mjeseca nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p>
34.	L01XB01	prokarbazin	kaps. 50 mg inj. 250 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora
35.	L01XX02	asparaginaza	inj. 10 mg	Liječenje raličitih vrsta hematoloških tumora
36.	L01XX05	hidroksikarba mid	kaps. 500 mg	Upotreba kod leukemija/ MPS (mieloproliferativni sindrom)

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
37.	L01XX11	estramustin	kaps. 140 mg	Rak prostate, druga linija, nakon neuspjeha hormonske terapije
38.	L01XX19	irinotekan	inj. 40 mg inj. 100 mg inf. 150 mg inf. 300 mg inf. 500 mg	<p>Prva linija metastatskog karcinoma debelog crijeva u kombinaciji sa leukovorinom i 5 FU</p> <p>Uslovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COG status 0-2 • Mladja životna dob • Limitiran broj metastatskih sijela • nivo leukocita >3,0 (neutrofila iznad 1,5) • nivo trombocita > 100000 • urea i kreatini < od 1,5 iznad gornje granice • nepostojanje metastaza u CNS • očekivano prezivljenje veće od 6 mjeseci <p>Dozvoljena su dva ciklusa KT nakon kojih je obavezna provjera rezultata liječenja, a dalja terapija samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Druga linija liječenja metastatskog raka debelog crijeva. Uvjeti za aplikaciju irinotekana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na 5-flurouracil rezistentni tumor 2. Očekivani vijek življenja duž o 6 mjeseci 3. ECOG status 0-2 4. Nivo leukocita iznad 1500 5. Nivo trombocita iznad 100 000 6. Urea i kreatinin <1,5 iznad gornje granice 7. Bilirubin <1,5 iznad gornje granice 8. Nepostojanje metastaza u CNS-u 9. Očekivano preživljavanje >6 mjeseci <p>Dozvoljena su dva ciklusa KT nakon kojih je obavezna provjera rezultata liječenja, a dalja terapija samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p>
39.	L02AB01	megestrol-acetat	tbl 160 mg oralna susp. 40 mg/ml	Liječenje raka dojke i raka endometrija Suspencija u liječenju maligne kaheksije
40.	L02AE02	leuprorelin	inj. 3,75 mg inj. 11,25 mg inj. 7,5 mg inj. 22,5 mg inj. 45 mg implantat 3,6 mg implantat 5 mg	Hormonska terapija raka prostate
41.	L02AE03	goserelin	inj. depo 3,6 mg	<p>Liječenje metastatskog karcinoma prostate sa ili bez antiandrogena kod pacijenata koji imaju kontraindikacije za subkapsularnu orchectomiju ili na nju ne pristaju.</p> <p>Neoadjuvantno ili adjuvantno liječenje lokalno uznapredovalog i visoko rizičnog karcinoma prostate u kombinaciji sa lokalnom terapijom (prostatektomija, iradijacija)</p> <p>Adjuvantna terapija ranog karcinoma dojke visokog rizika kod premenopauzalnih i perimenopauzalnih žena u kombinaciji sa tamoxifenom .</p> <p>Uslovi: životna dob ispod 40 godina, hormonski receptori visoko pozitivni, tumor gradusa II i III,</p>

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				limfonodi pozitivni. Trajanje terapije: 2 godine
42.	L02BA01	tamoksifen	tbl 10 mg tbl 20 mg	Liječenje hormonski ovisnog raka dojke
43.	L02BB01	flutamid	tbl 250 mg	Hormonska terapija raka prostate.
44.	L02BB03	bikalutamid	tbl 50 mg tbl 150 mg	Hormonska terapija raka prostate
45.	L02BG03	anastrozole	tbl 1 mg	<p>Hormonski ovisni metastatski rak dojke, nakon neuspjeha s tamoksifenom (druga linija hormonalne terapije).</p> <p>Uvjeti koje mora bolesnica ispunjavati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ECOG status 0-2 2. Postmenopausalna žena 3. Nepostojanje metastaza u CNS-u <p>Smije se ordinirati kroz dva mjeseca nakon čega slijedi provjera rezultata. Nastavak dozvoljen samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Kod metastatskog karcinoma dojke prva linija terapije metastatske bolesti (koštane metastaze, visceralne, lokalno uznapredovale bolesti)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. kod pacijentica koje su primale tamoxifen u adjuvantnoj terapiji, 5. kod pacijentica kod kojih postoje kontraindikacije za tamoxifen <p>Uslovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hormonalno ovisan tumor • ECOG perform.status 0, 1, 2, očekivano preživljenje 6 mj ili više. • Isključuju se pacijenti sa isključivo moždanim metastazama, kardiovaskularnom bolešću i rizikom za ozbiljan kardiovaskularni incident, osteoporozom višeg stupnja sa prijetećom frakturom. <p>Provjera odgovora na terapiju nakon 2 mjeseca, nakon čega je obavezna kontrolna obrada. Nastavak liječenja u slučaju pozitivnih rezultata.</p> <p>Adjuvantna hormonalna terapija karcinoma dojke kod postmenopausalne žene (privremena amenoreja izazvana citostatskom terapijom ne smatra se menopauzom za ovu terapiju) sa hormonski ovisan tumor: ER poz, PgR poz, HER-2 poz ili neg,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kod pacijentica koje imaju kontraindikacije za tamoxifen, prvenstveno tromboflebitis i tromboemboliju ○ nepodnošenje tamoxifena: jače izraženim (gr 3 ili 4) i teško podnošljivim nus pojavama na tamoxifen: vaginalno krvarenje, valunzi. ○ Pacijenti sa biološkim karakteristikama tumora: ER pozitivni, PgR negativni, HER-2 pozitivni ili neg. tumori, tumori višeg gradusa (G2, G3), prisutnom limfovaskularnom invazijom

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 i više aficiranih aksilarnih limfonoda i/ili (N2).
46.	L02BG04	letrozol	tbl 2,5 mg	<p>Hormonski ovisni metastatski rak dojke, nakon neuspjeha s tamoksifenom (druga linija hormonalne terapije).</p> <p>Uvjeti koje mora bolesnica ispunjavati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. ECOG status 0-2 7. Postmenopausalna žena 8. Npostojanje metastaza u CNS-u <p>Smije se ordinirati kroz dva mjeseca nakon čega slijedi provjera rezultata. Nastavak dozvoljen samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Kod metastatskog karcinoma dojke prva linija terapije metastatske bolesti (koštane metastaze, visceralne, lokalno uznapredovale bolesti)</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. kod pacijentica koje su primale tamoxifen u adjuvantnoj terapiji, 10. kod pacijentica kod kojih postoje kontraindikacije za tamoxifen <p>Uslovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hormonalno ovistan tumor • ECOG perform.status 0, 1, 2, očekivano preživljenje 6 mj ili više. • Isključuju se pacijenti sa isključivo moždanim metastazama, kardiovaskularnom bolešću i rizikom za ozbiljan kardiovaskularni incident, osteoporozom višeg stupnja sa prijetećom frakturom. <p>Provjera odgovora na terapiju nakon 2 mjeseca, nakon čega je obavezna kontrolna obrada. Nastavak liječenja u slučaju pozitivnih rezultata.</p> <p>Adjuvantna hormonalna terapija karcinoma dojke kod postmenopausalne žene (privremena amenoreja izazvana citostatskom terapijom ne smatra se menopauzom za ovu terapiju) sa hormonski ovisnim tumorom: ER poz, PgR poz, HER-2 poz ili neg,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kod pacijentica koje imaju kontraindikacije za tamoxifen, prvenstveno tromboflebitis i trombolemboliju ○ nepodnošenje tamoxifena: jače izraženim (gr 3 ili 4) i teško podnošljivim nus pojavama na tamoxifen: vaginalno krvarenje, valunzi. ○ Pacijenti sa biološkim karakteristikama tumora: ER pozitivni, PgR negativni, HER-2 pozitivni ili neg. tumori, tumori višeg gradusa (G2, G3), prisutnom limfovaskularnom invazijom ○ 4 i više aficiranih aksilarnih limfonoda (N2).

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<i>Produžena adjuvantna terapija u trajanju od 2 godine nakon završene adjuvantne terapije tamoxifenom kod podgrupe pacijentica kod kojih se može očekivati brzi relaps radi primarno agresivnog tumora, a adjuvantna terapija tamoxifenom preko pet godina se inače ne preporučuje.</i>
47.	L02BG06	eksemestan	tbl 25 mg	<p>Hormonski ovisni metastatski rak dojke, nakon neuspjeha s tamoksifenom u prvoj linij (druga linija hormonalne terapije).</p> <p>Uvjeti koje mora bolesnica ispunjavati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. ECOG status 0-2 12. Postmenopauzalna žena 13. Nepostojanje metastaza u CNS-u <p>Smije se ordinirati kroz dva mjeseca nakon čega slijedi provjera rezultata. Nastavak dozvoljen samo u slučaju pozitivnog odgovora.</p> <p>Kod metastatskog karcinoma dojke prva linija terapije metastatske bolesti (koštane metastaze, visceralne, lokalno uznapredovale bolesti)</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. kod pacijentica koje su primale tamoxifen u adjuvantnoj terapiji, 15. kod pacijentica kod kojih postoje kontraindikacije za tamoxifen <p>Uslovi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hormonalno ovistan tumor • ECOG perform.status 0, 1, 2, očekivano preživljenje 6 mj ili više. • Isključuju se pacijenti sa isključivo moždanim metastazama, kardiovaskularnom bolešću i rizikom za ozbiljan kardiovaskularni incident, osteoporozom višeg stupnja sa prijetećom frakturom. <p>Provjera odgovora na terapiju nakon 2 mjeseca, nakon čega je obavezna kontrolna obrada. Nastavak liječenja u slučaju pozitivnih rezultata.</p> <p>Adjuvantna hormonalna terapija karcinoma dojke kod postmenopauzalne žene (privremena amenoreja izazvana citostatskom terapijom ne smatra se menopauzom za ovu terapiju) sa hormonski ovisan tumor: ER poz, PgR poz, HER-2 poz ili neg,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kod pacijentica koje imaju kontraindikacije za tamoxifen, prvenstveno tromboflebitis i tromboemboliju ○ nepodnošenje tamoxifena: jače izraženim (gr 3 ili 4) i teško podnošljivim nus pojavama na tamoxifen: vaginalno krvarenje, valunzi. ○ Pacijenti sa biološkim karakteristikama tumora: ER pozitivni, PgR negativni, HER-2 pozitivni ili neg. tumori, tumori višeg gradusa (G2, G3), prisutnom limfovaskularnom invazijom

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 i više aficiranih aksilarnih limfonoda (N2).
48.	L03AA02	filgrastim	inj. 30 MIO i.j./1 ml inj. 48 MIO i.j./1 ml	<p>Liječenje febrilne neutropenije izazvane citostaticima. Uvjeti za ordinaciju su slijedeći:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Febrilna neutropenija (temp. iznad 38,5 i granulociti ispod 0,5. 2. Nivo granulocita ispod 0,5 uz anamnezu prijašnjih febrilnih neutropenija <p>Svakih 2 dana kontrolirati KKS i DKS te u slučaju normalizacije prekinuti terapiju filgrastimom.</p> <p>Prevenција neutropenija kod pacijenata kod kojih je tokom prethodih ciklusa hemoterapije došlo do ozbiljnog pada neutrofila sa ili bez razvoja infekcijekod kojih terapija ima kurativn cilj i gdje je vazno održati planiranu semu davanja</p> <p>U sklopu hemato-onkološke terapije, gdje je to terapijskim protokolom striktno predviđeno</p>
49.	L03AA10	lenograstim	inj. 33,6 MIU (263 mg)	<p>Liječenje febrilne neutropenije izazvane citostaticima. Uvjeti za ordinaciju su slijedeći:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Febrilna neutropenija (temp. iznad 38,5 i granulociti ispod 0,5. 4. Nivo granulocita ispod 0,5 uz anamnezu prijašnjih febrilnih neutropenija <p>Svakih 2 dana kontrolirati KKS i DKS te u slučaju normalizacije prekinuti terapiju filgrastimom.</p> <p>Prevenција neutropenija kod pacijenata kod kojih je tokom prethodih ciklusa hemoterapije došlo do ozbiljnog pada neutrofila sa ili bez razvoja infekcijekod kojih terapija ima kurativn cilj i gdje je vazno održati planiranu semu davanja</p> <p>U sklopu hemato-onkološke terapije, gdje je to terapijskim protokolom striktno predviđeno</p>
50.	L03AX03	Bacillus Calmette-Guerin (BCG)	susp. 81 mg/3ml + rastvarač	<p>Bacillus Calmette-Guerin (BCG) je imunološki preparat koji se primjenjuje intravezikalno za :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liječenje primarnih ili recidivantnih intraepitelnih karcinoma mokraćne bešike (CIS) sa ciljem eliminacije tumorskih ćelija i smanjenjem frekvence pojave recidiva. • Liječenje primarnih ili recidivirajućih invazivnih, slabo diferenciranih karcinoma mokraćnog mjehura (pT1/G3 i pTa/G3).. <p>Primjenjuje se 6 aplikacija. Poslije pauze od 6 sedmica jos 1-3 aplikacija(ukupan broj instilacija 7-9).</p>
51.	M05BA02	clodronate	tbl 400 mg tbl 800 mg	<p>Tretman i prevenciju komplikacija pacijenata sa osteolitickim metastazama karcinoma dojke i multiplim mielomom, kod kojih je pogodnije da terapiju uzimaju kod kuće bez mjesečnih posjeta bolničkim ustanovama.</p>

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<i>Uslov: Potrebna je radiološka ili radioizotopska potvrda postojanja koštanih metastaza.</i>
52.	M05BA03	pamidronat	inj. 15 mg inf. 30 mg inf. 60 mg inf. 90 mg	Hiperkalcemija u sklopu maligne bolesti Koštane metastaze raka dojke i multiplog mijeloma. Uvjeti za ordinaciju ove terapije: 1. Očekivani vijek života duži od 3 mjeseca 2. Normalni nivo kalcija u serumu 3. ECOG status 0-3
53.	M05BA06	ibandronate	tbl. 50 mg boč. 6 mg inj. 3 mg	Hiperkalcemija vezana za maligna oboljenja umjerenog i teškog stepena (koncentracija korigovanog serumskog kalcija > 12,8 mg/dl) • Intravenski i oralni oblik : Tretman i prevencija skeletnih komplikacija kod pacijenata sa multiplim mielomom Tretman i prevencija skeletnih komplikacija vezanih za koštane metastaze kod pacijenata sa karcinomom dojke <i>Uslov: Potrebna je radiološka ili radioizotopska potvrda postojanja koštanih metastaza.</i>
54.	M05BA08	zolendronska kiselina	inj. 4 mg/5ml + otopina	Hiperkalcemija vezana za maligna oboljenja umjerenog i teškog stepena (koncentracija korigovanog serumskog kalcija > 12,8 mg/dl) Tretman i prevencija skeletnih komplikacija kod pacijenata sa multiplim mielomom Tretman i prevencija skeletnih komplikacija vezanih za koštane metastaze kod pacijenata sa karcinomom dojke <i>Uslov: Potrebna je radiološka ili radioizotopska potvrda postojanja koštanih metastaza.</i> Tretman i prevencija skeletnih komplikacija vezanih za koštane metastaze kod pacijenata sa karcinomom prostate <i>Uslov:</i> • Hormonalno neovistan tumor (progresija na hormonalnu terapiju) • Potrebna je radiološka ili radioizotopska potvrda postojanja koštane metastaze.
55.	V03AF01	mesna	inj. 400 mg	Uroprotektor za ifosfamid
56.	V03AF03	kalcij folinat	inj. 30 mg inj. 50 mg inj. 100 mg inj. 300 mg inj. 500 mg	Koristi se u liječenju više različitih vrsta tumora

CITOSTATICI S POSEBNIM REŽIMOM PROPISIVANJA ¹

R. br.	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	L01XX28	imatinib mesilat	kaps. 100 mg tbl 400 mg	<p>Hronična mijeloična leukemija klinički i hematološki dokazaha hronična mijeloična leukemija u mijeloičnoj fazi, fazi akceleracije i blastnoj transformaciji Ph pozitivna PCR I FISH dokaz postojanja t(9;22), BCR/AL pacijenti mlađi od 55 godina pacijenti stariji od 55 godina sa progresijom bolesti i sa dobrim Karnofsky statusom normalan biohumoralni nalaz</p> <p>Gastrointestinalni stromalni tumor (GIST) C-kit pozitivan GIST sa prisutnim metastazama inoperabilan stadij ECOG status 0-3 trajanje terapije 3 mjeseca</p>
2	L01XC02	rituksimab	inj. 100 mg/10 ml inj. 500 mg/50 ml	<p>Indolentni Non Hodgkin limfom (Low Grade) CD20+(pozitivan) folikularni limfom klinički stadij (C.S.) III, IV kemorezistentna bolest drugi ili sljedeći relaps bolesti poslije kemoterapije prve iči druge linije</p> <p>Difuzni velikostanični limfom-agresivni NHL CD20+(pozitivan) limfom klinički stadij (C.S.) II, III, IV bolesnici starosti do 60 godina da nema kontraindikacija za polikemoterapiju- CHOP prva linija terapije</p>
3	L01XC03	trastuzumab	boč. 150 mg (prašak za koncentrat za inf. otopinu)	<p>Karcinom dojke metastatska bolest, jedno metastatsko sjelo overekspresija tumorskog tkiva sa Her-2neu antigenom (3 križića sa DACO Hercep testom) hormonski neovisan tumor mlađa životna dob rezistencija na antracikline adekvatan kardiološki (fizički, EKG, ehokardiografija), hematološki i renalni status</p>

R. br.	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
4	L01XC07	bevacizumab	inj. 100 mg inj. 400 mg	<p>A. Bevacizumab je indiciran u prvoj liniji liječenja bolesnika s metastatskim rakom debelog crijeva u kombinaciji s 5-fluorouracila i folne kiseline ili capecitabina u kombinaciji sa oxaliplatinom ili irinotecanom. Liječenje bevacizumabom se provodi dok traje pozitivni tumorski odgovor (kompletna remisija, parcijalna remisija, te stabilna bolest), uz odobrenje Bolničkog povjerenstva za lijekove.</p> <p>Kriteriji za primjenu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. očekivano preživljenje > 12 mjeseci; 2. Pacijenti sa teoretski resektabilnom bolešću 3. Pacijenti kod kojih je period između završetka liječenja i otkrivanja metastatske bolesti manji od 12 mjeseci 4. Opći tjelesni status – pacijenti kod kojih je moguća intenzivna terapija: ECOG 0-1; 5. Nepostojanje proteinurije i nekontrolirane hipertenzije 6. Nepostojanje anamnestičkih podataka o različitim trombo-embolijskim događajima 7. nepostojanje CNS metastaza; 8. Pacijenti mlađi od 65 godina 9. 4. period od 6 tjedana između eventualnog kirurškog liječenja primarnog tumora i započinjanja primjene bevacizumaba; 10. period od 3 mjeseca između eventualne radioterapije primarnog tumora i započinjanja primjene bevacizumaba ; 11. razina bilirubina <2 X gornja granica normalne vrijednosti; razina AST i ALT <3 X gornja granica normalne vrijednosti; razina kreatinina <1,5 X gornja granica normalne vrijednosti; razina granulocita >1,5 X 10⁹ / L; razina trombocita >100X 10⁹/L, INR i APTT u referentnim vrijednostima. 12. Liječenje sa bevacizumabom prekinuti u slučaju pojavljivanja SAE (neželjenih efekata koji zahtijevaju hospitalizaciju pacijenta) 13. Maksimalna duljina trajanja liječenja koju pokriva Fond je dvije godine
5	L01XX34	erlotinib	tbl. 25 mg tbl. 100 mg tbl. 150 mg	<p>A. Rekurentni ili metastatski nemikroćelijski karcinom pluća, histološki podtipovi adenokarcinom ili karcinom velikih ćelija sa verificiranom EGFR mutacijom</p> <p>Lijek se ordinira u terapiji prve linije u kombinaciji sa kemoterapijom baziranom na derivatima platine (dublet).</p> <p>Kriteriji za primjenu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EGFR mutacije: posebno delecija exona 19, mutacija exona 21 (L861Q i L858R) i exona 18 (G719X) 2. Očekivano preživljenje > 6 mjeseci; 3. Opći tjelesni status – pacijenti kod kojih je

R. br.	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<p>moгуća intenzivna terapija: ECOG 0-1;</p> <p>4. Gubitak tjesne težine manji od 10%</p> <p>5. Nepostojanje CNS metastaza;</p> <p>6. Pacijenti mlađji od 65 godina</p> <p>7. Razina bilirubina <2 X gornja granica normalne vrijednosti; razina AST i ALT <3 X gornja granica normalne vrijednosti; razina kreatinina <1,5 X gornja granica normalne vrijednosti; razina granulocita >1,5 X 10⁹ / L; razina trombocita >100X 10⁹/L, INR i APTT u referentnim vrijednostima.</p> <p>8. Liječenje sa erlotinibom prekinuti u slučaju pojavljivanja SAE (neželjenih efekata koji zahtijevaju hospitalizaciju pacijenta)</p> <p>9. Maksimalna duljina trajanja liječenja koju pokriva Fond je 9 mjeseci</p> <p>B. Rekurentni ili metastatski nemikroćelijski karcinom pluća, histološki podtipovi adenokarcinom ili karcinom velikih ćelija sa verificiranom EGFR mutacijom</p> <p>Lijek se ordinira u terapiji druge ili treće linije a nakon progresije na I ili II linju KT (dublet baziran na derivatima platine)</p> <p>Kriteriji za primjenu:</p> <p>10. EGFR mutacije: posebno delecija exon 19, mutacija exon 21 (L861Q i L858R) i exon 18 (G719X)</p> <p>11. Očekivano preživljenje > 3mjeseci;</p> <p>12. Opći tjelesni status – pacijenti kod kojih je moguća intenzivna terapija: ECOG 0-1;</p> <p>13. Gubitak tjesne težine manji od 10%</p> <p>14. Nepostojanje CNS metastaza;</p> <p>15. Pacijenti mlađji od 65 godina</p> <p>16. Razina bilirubina <2 X gornja granica normalne vrijednosti; razina AST i ALT <3 X gornja granica normalne vrijednosti; razina kreatinina <1,5 X gornja granica normalne vrijednosti; razina granulocita >1,5 X 10⁹ / L; razina trombocita >100X 10⁹/L, INR i APTT u referentnim vrijednostima.</p> <p>17. Liječenje sa erlotinibom prekinuti u slučaju pojavljivanja SAE (neželjenih efekata koji zahtijevaju hospitalizaciju pacijenta)</p> <p>18. Maksimalna duljina trajanja liječenja koju pokriva Fond je 6 mjeseci</p>
6	L01AX03	temozolamid	kaps. 5 mg kaps. 20 mg kaps. 100 mg kaps. 250 mg	<p>Novo dijagnosticirani glioblastoma multiforme u kombinaciji sa zračenjem uz nastavak liječenja kao monoterapija</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mlađa životna dob • PS 0-2 • Zadovoljavajući hematološki status • Razina neutrofila $\geq 1,5 \times 10^9/l$ • Razina trombocita $\geq 100 \times 10^9/l$ <p>Dozvoljena primjena tokom iradijacije. Nakon iradijacije konsolidacijska primjena kod</p>

R. br.	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<i>bolesnika kod kojih je verificiran odgovor na terapiju (kompletan ilki parcijalan odgovor) do maksimalno 6 ciklusa uz kontrole na dva mjeseca.</i>
7	L01XE04	sunitinib	kaps. 12.5 mg. kaps. 25 mg. kaps. 50 mg	<p>Metastatski karcinom bubrega</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Histološki dokazan karcinom bubrega 2. Adekvatan kardijalni status (fizički, EKG, ehokardiografija) 3. Adekvatan hematološki i renalni status 4. Kod pacijenata mora postojati barem 3 od 5MSKCC rizik stratifikacijskih kriterija i to: 5. KP manji od 70 6. LDH veći za 1,5 puta od normalnih vrijednosti 7. Hb razina ispod normalnih vrijednosti 8. Vrijeme od nefrektomije do pojave metastaze bolesti kraće od godinu dana 9. kriterija za 10. Nepostojanje proteinurije i nekontrolirane hipertenzije 11. Nepostojanje anamnestičkih podataka o različitim trombo-embolijskim događajima 12. Liječenje sa sunitinibom prekinuti u slučaju pojavljivanja SAE (neželjenih efekata koji zahtijevaju nhospitalizaciju pacijenta) 13. Maksimaln duljina trajanja liječenja koju pokriva Fond je 12 mjeseci <p><i>Terapija u trajanju od 2 ciklusa nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</i></p>
8	L01XE05	sorafenib	film tbl. 200mg.	<p>Metastatski hepatocelularni karcinom</p> <p><i>Indikacija: Metastatski ili lokalno uznapredovali hepatocelularni karcinom. Pacijent ne smije imati više od jedne kategorije dolje nabrojanog (Child Pugh Stadij A):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encefalopatija 2. Ascites 3. Albumin veći od 35g/L 4. PTT produžen više od 4 puta 5. Bilirubin veći od 34,2mmola ili 68,4mmola za pacijente sa bilijarnom cirozom 6. Maksimaln duljina trajanja liječenja koju pokriva Fond je 12 mjeseci <p><i>Terapija u trajanju od 2 ciklusa nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</i></p>
9	L01BA04	pemetreksed	inf. 100 mg. inf. 500 mg.	<p>Terapija mezotelioma</p> <p><i>Neresektabilni mezoteliomi odraslih:</i></p>

R. br.	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
				<ul style="list-style-type: none"> • Kreatinin klirens veći od 45mL/min • $Le > 1500/mm^3$ <p>$Tr > 100000/mm^3$</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maligni pleuralni mezoteliom – prva linija 2. Karcinom pluća nemalih stanica: <ul style="list-style-type: none"> - prva linija u kombinaciji sa cisplatinom - druga linija kao monoterapija - linija održavanja- kao monoterapija nakon prve linije. <p>Terapija u trajanju od 2 ciklusa nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja – nastavak liječenja samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje (objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p>
10	L01XE08	nilotinib	kaps. 150 mg. kaps. 200 mg	<p>Liječenje Philadelphia (Ph+) hromozomom pozitivne hronične mijeloidne leukemije (HML) u:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hroničnoj fazi kod novodijagnostifikovanih pacijenata (nilotinib 150 mg.) - u hroničnoj i ubrzanj fazi ili/i intolerantnih na imatinib (nilotinib 200 mg.) <p>Preporučena doza lijeka nilotinib je:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kod novodijagnostifikovanih 300 mg. dvaput dnevno, -kod rezistentnih ili/i intolerantnih na imatinib 400 mg. dvaput dnevno. <p>Terapija u trajanju od dva ciklusa nakon koje slijedi provjera rezultata liječenja- nastavak samo u slučaju pozitivnog odgovora na liječenje objektivan odgovor na liječenje ili stabilna bolest)</p> <p>Pacijenti rezistentni ili/i intolerantni na imatinib.</p> <p>Kriterij za uključnje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacijenti tretirani imatinibom koji nisu postigli: - CHR nakon 3 mjeseca terapije; - PCgR nakon 6 mjeseci ($Ph + 1\% - 35\%$) - (CCgR) nakon 12 mjeseci ($Ph + 0\%$) - MMR nakon 18 mjeseci ($MMR < 0,1\%$ na QT-RT-PCR); - Gubitak postignutog CCgR i MMR

Annex 4

LIJEKOVI U TRETMANU HEMODIJALIZE

<i>R. broj</i>	<i>ATC šifra</i>	<i>Nezaštićeno (generičko – INN) ime</i>	<i>Oblik i jačina</i>	<i>Indikacije</i>
1	B01ABB01	Heparin	inj. 25.000 i.j./5 ml	7000 i.j./ po jednoj hemodijalizi
2	B01ABB05	enoksaparin	inj. 20mg inj. 40 mg	40 mg/ po jednoj hemodijalizi ²
3	B01ABB04	dalteparin	inj. 10.000 i.j./1 ml	40 mg/ po jednoj hemodijalizi ²
4	B03XA01	eritropetin beta	inj. 50.000 i.j. inj. 2.000 i.j.	1323 i.j./po jednoj hemodijalizi ³
5	B03XA01	eritropoetin alfa	inj. 2.000 i.j.	1323 i.j./po jednoj hemodijalizi ³
6	A11CC07	parikalцитол	inj. 5 mcg/1 ml	1 amp. od 5 mcg/ po jednoj hemodijalizi (po preporuci nadležnog liječnika)
7	A11CC05	Kalcitrol	kaps. 0,25 mg	2,4 caps/ po jednoj hemodijalizi
8	B03AC02	feri oksid saharat	amp. 100 mg/5 ml	0,15 amp./ po jednoj hemodijalizi

Annex 5

Ustanova:

IZVJEŠTAJ O UTROŠKU LIJEKOVA ZA HEMODIJALIZU br.

za period od do

R. br	Naziv stavke	Šifra	Proizvođački (zaštićeni) naziv	Jedinica mjere	Broj urađenih dijaliza	Jedinična cijena, KM	Utrošena količina za jed. mjere	Iznos (7x8), KM
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-	-9-
1	Heparin 25.000 I.J. / 5 ml	B01AB01 001	HEPARIN	amp.				0,00
2	Enoksaparin - 10mg/0,1ml ,ampule 20 mg	B01AB05 001	CLEXANE	amp.				0,00
3	Enoksaparin - 10mg/0,1ml ,ampule 40 mg	B01AB05 002	CLEXANE	amp.				0,00
4	Dalteparin 10.000 i.j./ml	B01AB04 001	FRAGMIN	amp.				0,00
5	Eritropoetin beta multidoza 50.000 i.j.	B03XA01 001	NeoRecormon MD 50 000 i.j.	bočica				0,00
6	Eritropoetin beta 2.000 i.j.	B03XA01 002	NeoRecormon 2 000 i.j.	amp.				0,00
7	Eritropoetin alfa 2.000 i.j.	B03XA01 003	EPREX 2000 i.j./ml	amp.				0,00
8	Paricalcitol otopina za injekcije 5 mikrograma /1ml	A11CC07 001	Zemplar	amp				0,00
9	Kalcitrol 0,25 mg	A11CC05 001	ROCALTROL	tbl				0,00
10	Feri oksid saharat 100 mg/5ml	B03AC02 001	VENOFER	amp.				0,00
UKUPNO:								0,00

Datum:

Potpis i pečat:

Annex 5a

Ustanova:

IZVJEŠTAJ O UTROŠKU POTROŠNOG MATERIJALA ZA PERITONEALNU DIJALIZU br.

za period od do

	<i>Generički naziv</i>	<i>Proizvođački naziv</i>	<i>Jed. mjere</i>	<i>Količina</i>
1.	Konvencionalna otopina-vrećica 2 litra za CAPD		<i>litar</i>	
2.	Bikarbonatna otopina vrećica 2 litra za CAPD		<i>litar</i>	
3.	Uravnotežena otopina-vrećica 2 litra za CAPD		<i>litar</i>	
4.	Standardna otopina za APD-vrećica 5 litara		<i>litar</i>	
5.	Čista bikarbonatna otopina -vrećica 2 litra za CAPD		<i>litar</i>	
6.	Dezinfekciona kapica		<i>komad</i>	
7.	Dezinfekciono sredstvo za ruke za peritonealnu dijalizu		<i>bočica</i>	
8.	Tečni sapun za peritonealnu dijalizu		<i>bočica</i>	
9.	Maska za nos i usta		<i>komad</i>	
10.	Mupirucin mast 15 gr.		<i>tuba</i>	
11.	Sterilna gaza 10 cmx10 cm		<i>komad</i>	
12.	Hipoalergijski flaster 2,5 cm		<i>metar</i>	
13.	Kateter ekstenzija		<i>komad</i>	
14.	Linije za aparat za peritonealnu dijalizu		<i>komad</i>	
15.	Set za drenažu za APD		<i>komad</i>	
16.	Dezinfekciono sredstvo za vrećice za APD		<i>bočica</i>	

Annex 6

- Zdravstvena ustanova: _____

- Organizaciona jedinica-odjeljenje: _____

Mjesečni pregled izdatih lijekova za hemodijalizu za pojedinačnog pacijenta

I Generalni podaci

-1-	Period od - do	
-2-	Ime i prezime pacijenta	
-3-	JMBG pacijenta	
-4-	Naziv kantona pacijenta	

Specifikacija izdatih lijekova

R.br.	Šifra lijeka	Naziv	Jed. mjere	Količina	Potpis pacijenta	Potpis i faksimil ordinir. liječnika
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-

Upute za popunjavanje obrasca su na
poledini

Upute za popunjavanje obrasca " Mjesečni pregled izdatih lijekova za hemodijalizu za pojedinačnog pacijenta"

Isti obrazac se popunjava cijeli mjesec tako da se svaki put prilikom dijalize dopisuju novoizdati lijekovi a pacijent i ordinirajući liječnik svojim potpisima ovjeravaju da su lijekovi izdati.

I Generalni podaci

Red.br. 1.	Upisati period (mjesec) za koji se radi izvještaj;
Red. br. 2..i Red.br.3	Upisati podatke iz ličnog dokumenta pacijenta;
Red.br. 4.	Upisati naziv kantona na čijem području je pacijent osiguran

II Specifikacija lijekova

Kolona br.2..	Upisati šifru lijeka prema dole navedenom šifarniku
Kolona br.3.	Upisati tačan naziv lijeka ,pakovanje,oblik i jačinu ;
Kolona br.4.	Upisati odgovarajuću jedincu mjere lijeka;
Kolona br.5.	Upisati količinu utrošenih lijekova prema označenoj šifri i jedinici mjere .

Annex 7
Ustanova:

IZVJEŠTAJ O UTROŠKU POTROŠNOG MATERIJALA ZA HEMODIJALIZU br.

za period od do20__g.

R. br	Naziv stavke	Jedinica mjere	Broj urađenih hemodijaliza	Jedinična cijena KM	Utrošene količine	Iznos (5x6) KM
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
1	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 0,8-1,0 m ² , QUF ml/h/mmHG≥10					
2	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 1,2-1,4 m ² , QUF ml/h/mmHG≥13					
3	Dijalizator -niskoprotlačni (Low Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 1,5-1,6 m ² , QUF ml/h/mmHG≥16					
4	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 1,7-1,8 m ² , QUF ml/h/mmHG≥18					
5	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 2,0-2,4 m ² , QUF ml/h/mmHG≥21					
6	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 1,2-1,4 m ² , QUF ml/h/mmHG≥40					
7	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 1,7-1,8 m ² , QUF ml/h/mmHG≥ 59					
8	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux)	kom				
	Biokompatibilna membrana, sterilizacija-vodena para, površina 2,0-2,4 m ² , QUF ml/h/mmHG≥60					

R. br	Naziv stavke	Jedinica mjere	Broj urađenih hemodijaliza	Jedinična cijena KM	Utrošene količine	Iznos (5x6) KM
9	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 0,8-1,0 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 8	kom				
10	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,2-1,4 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 9	kom				
11	Dijalizator -niskoprotlačni (Low Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,5-1,6 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 10	kom				
12	Dijalizator-niskoprotlačni (Low Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,7-1,8 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 12	kom				
13	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,2-1,4 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 68	kom				
14	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,5-1,6 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 86	kom				
14a	Dijalizator –visokoprotlačni (High Flux) Biokompatibilna membrana, sterilizacija-gama, površina 1,7-1,8 m ² , QUF ml/h/mmHG \geq 98	kom				
15	A-V krvne linije sa otpadnom kesom na venskoj liniji (Izrađene od bezbojnog savitljivog otpornog materijala koji je biokompatibilan, imaju crvene arterijske i plave venske sigurnosne klembe, kompatibilne sa postojećim aparatima)	kom				
16	A-V set koji sadrži A-V linije i infuzionu liniju za on-line hemodijalizu (kompatibilnost sa postojećim aparatima - Braun)	kom				
16a	A-V set koji sadrži A-V linije i infuzionu liniju za on-line hemodijalizu (kompatibilnost sa postojećim aparatima - Fresenius)					
17	Arterijska igla za dijalizu 16G x 1,6 mm, 25 mm	kom				
18	Venska igla za dijalizu 15G x 1,6 mm, 25 mm	kom				
19	Arterijska igla za dijalizu 15G x 1,8 mm, 25 mm	kom				
20	Venska igla za dijalizu 14G x 2,0 mm, 25 mm	kom				

<i>R. br</i>	<i>Naziv stavke</i>	<i>Jedinica mjere</i>	<i>Broj urađenih hemodijaliza</i>	<i>Jedinična cijena KM</i>	<i>Utrošene količine</i>	<i>Iznos (5x6) KM</i>
20a	Arterijska igla za dijalizu 17G x 1,5 mm, 25 mm	kom				
20b	Venska igla za dijalizu 17G x 1,5 mm, 25 mm	kom				
	<i>Igle pod rednim brojem stavke 17, 18, 19, 20, 20a i 20b izrađene su od visokokvalitetnog čelika, od kvalitetnog biokompatibilnog materijala, oštarih vrhova i tankih zidova, velikog unutrašnjeg lumena sa rotirajućim krilcima</i>					
21	Koncentrat kiselog bikarbonata, pakovanje 10 lit, složeno na EURO palete Sastav otopine: Na+ 138,00 mmol/l K+ 2,00 mmol/l Ca++ 1,25 do 1,75 mmol/l Mg++ 0,50 mmol/l Cl - 108,5 do 109,50 mmol/l Glukoza 0 do 1,0 g/l HCO ₃ - 32,00 do 33,00 mmol/l CH ₃ COO - 2,00 do 3,00 mmol/l Osmol. 285 do 292 mOsm/l	litar				
22	Acetatna otopina bikarbonatnog koncentrata, pakovanje 10 lit, složeno na EURO palete Sastav otopine: Na+ 138,00 mmol/l K+ 2,00 mmol/l Ca++ 1,25 do 1,75 mmol/l Mg++ 0,50 mmol/l Cl - 109,50 mmol/l CH ₃ COO - 35,00 mmol/l Osmol. 287 mOsm/l	litar				
23	Suhi elektrolitski prah -kutija Na, K, Ca, Mg, Cl, glukoza	kut.				
24a	Fiziološka otopina (NaCl 0,9%) Pakovanje: 500 ml (2 izvoda za Luer Lock)	litar				

<i>R. br</i>	<i>Naziv stavke</i>	<i>Jedinica mjere</i>	<i>Broj urađenih hemodijaliza</i>	<i>Jedinična cijena KM</i>	<i>Utrošene količine</i>	<i>Iznos (5x6) KM</i>
24b	<i>Fiziološka otopina (NaCl 0,9%)</i>					
	<i>Pakovanje: 1000 ml (2 izvoda za Luer Lock)</i>	<i>litar</i>				
24c	<i>Fiziološka otopina (NaCl 0,9%)</i>					
	<i>Pakovanje: 2000 ml (2 izvoda za Luer Lock)</i>	<i>litar</i>				
25	<i>Koncentrat baznog bikarbonata 8,4% , pakovanje 8 lit, složeno na EURO palete</i>					
	<i>Sastav 1000 ml alkalnog bikarbonatnog koncentrata sadrži : natrij bikarbonat 84,0 g Voda za injekcije Natrij aditivi</i>	<i>litar</i>				
26	<i>Bazni bikarbonat u prahu/granulama za hemodijalizu (kompatibilan sa postojećim aparatima)</i>					
	<i>(ketridge) Natrij bikarbonat 84,0 g Pakovanje 650 g</i>	<i>kom</i>				
27	<i>Bazni bikarbonat u prahu/granulama za hemodijalizu (kompatibilan sa postojećim aparatima)</i>					
	<i>(ketridge) Natrij bikarbonat 84,0 g Pakovanje 900 g</i>	<i>kom</i>				
28	<i>Bazni bikarbonat u prahu/granulama za hemodijalizu (kompatibilan sa postojećim aparatima) SOL CART BRAUN</i>					
	<i>(ketridge) Natrij bikarbonat 84,0 g Pakovanje 650 g</i>	<i>kom</i>				
29	<i>Bazni bikarbonat u prahu/granulama za hemodijalizu(kompatibilan sa postojećim aparatima) SOL CART BRAUN</i>					
	<i>(ketridge) Natrij bikarbonat 84,0 g Pakovanje 760 g</i>	<i>kom</i>				
30	<i>Set za uključenje-isključenje (gaze, komprese)</i>					
	<i>Set je sterilno zapakovan i sadrži sterilnu nepropusnu podlogu veličine najmanje 35x45 cm, osam komada sterilnih gaza veličine 5x5 cm i šest komada sterilnih tujfera od gaze</i>	<i>kom</i>				

<i>R. br</i>	<i>Naziv stavke</i>	<i>Jedinica mjere</i>	<i>Broj urađenih hemodijaliza</i>	<i>Jedinična cijena KM</i>	<i>Utrošene količine</i>	<i>Iznos (5x6) KM</i>
31	Hipoalergijski flaster širine 2,5 cm	metar				
32	Infuzioni set (priključak na fiziološku otopinu -Luer Lock)	kom				
33	Hirurške rukavice nesterilne, srednje i velike	par				
34	Hirurške rukavice sterilne, srednje i velike	par				
35	Igle injezione 0,8÷0,9 x 40 mm	kom				
	Hirurške rukavice sterilne i nesterilne treba da budu u sljedećem omjeru : M veličine -45%, L veličine -45% i XL veličine - 10%.					
36	Šprice 10 ml	kom				
37	Šprice 20 ml	kom				
38	Tabletirana sol za pripremu vode	kg				
39	Dezinfekciono sredstvo za kožu - povidon jodid	litar				
40	Dezinfekciono sredstvo za kožu - klorheksidin	litar				
41	Dezinfekciono sredstvo za vanjsku dezinfekciju prostora i opreme - klorheksidin	litar				
42	Dezinfekciono sredstvo za vanjsku dezinfekciju prostora - aktivni klor	kg				
43	Dezinfekciono sredstvo za automatsku dezinfekciju aparata za hemodijalizu na bazi klora i natrij hidroksida	litar				
44	Dezinfekciono sredstvo za automatsku dezinfekciju aparata za hemodijalizu sa 50% limunske kiseline	litar				
45	Dezinfekciono sredstvo za automatsku dezinfekciju aparata za hemod. sa 20% limunske kiseline	litar				
46	Privremeni kateter 12cmx11,5 FR	kom				
47	Privremeni kateter 15cmx13,5-14,5 FR	kom				
48	Privremeni kateter 20cmx14,5 FR	kom				
49	Privremeni dvoluminalni-jugularni kateter 15cmx11,5FR	kom				
50	Privremeni dvoluminalni-jugularni kateter 20cmx11,5FR	kom				
51	Privremeni dvoluminalni-koaksalni kateter 15cmx11,5FR	kom				

<i>R. br</i>	<i>Naziv stavke</i>	<i>Jedinica mjere</i>	<i>Broj urađenih hemodijaliza</i>	<i>Jedinična cijena KM</i>	<i>Utrošene količine</i>	<i>Iznos (5x6) KM</i>
52	<i>Privremeni dvoluminalni-koaksalni kateter 20cmx11,5FR</i>	<i>kom</i>				
53	<i>Dječji femoralni kateteri 7,6cmx 5 FR</i>	<i>kom</i>				
53a	<i>Dječji femoralni kateteri 15cmx 6 FR</i>	<i>kom</i>				
54	<i>Trajni dvoluminalni-jugularni kateter 24cmx14FR (14,5)</i>	<i>kom</i>				
55	<i>Subklavijski kateteri dvoluminalni 15 cmx14 FR</i>	<i>kom</i>				
56	<i>Subklavijski kateteri dvoluminalni 20 cmx14 FR</i>	<i>kom</i>				
57	<i>Trajni dvoluminalni jugularni kateter 28cmx13,5 FR</i>	<i>kom</i>				
58	<i>Trajni dvoluminalni jugularni kateter 32cmx14,5 FR</i>	<i>kom</i>				
59	<i>Trajni dvoluminalni jugularni kateter 24cmx11,5 FR</i>	<i>kom</i>				
60	<i>Subklavijski dvoluminalni kateter 20cmx11,5FR</i>	<i>kom</i>				
61	<i>Filter za otopinu za dijalizu DIASAFE (kompatibilnost sa postojećim aparatima - Fresenius)</i>					
62	<i>Filter za otopinu za dijalizu Diacap (kompatibilnost sa postojećim aparatima - Braun)</i>	<i>kom</i>				
UKUPNO:						

Datum:

Potpis i pečat:

IMUNOSUPRESIVI¹

R. broj	ATC Šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	L04AA05	tacrolimus	kaps. 1 mg	nakon transplantacije organa po preporuci nadležnog liječnika
2	L04AA06	mikofenolat mofetil	kaps. 250 mg	nakon transplantacije organa po preporuci nadležnog liječnika
3	L04AA10	sirolimus	tbl 1 mg	nakon transplantacije organa po preporuci nadležnog liječnika
4.	L04AA06	Mikofenolična kiselina	tbl. 180 mg tbl. 360 mg	nakon transplantacije organa po preporuci nadležnog liječnika

LIJEKOVI ZA LIJEČENJE HEPATITISA C i B¹

R. broj	ATC Šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	L03AB11	peg-interferon alfa 2a	inj. 135 mg/ml inj. 180 mg/ml	liječenje hepatitisa B i C indicirano prema Naputku za provođenje dijagnostike i liječenje hepatitisa B i C Federalnog ministarstva zdravstva, br. 01-37-4182/05, od 17.05.2006. god.
2	L03AB10	peginterferon alfa 2b	0,5 ml/100µg, 0,5 ml/120 µg	Liječenje hepatitisa C indicirano prema Uputstvu za provođenje dijagnostike i liječenje hepatitisa C Federalnog ministarstva zdravstva, br. 01-37-4182/05, od 17.05.2006. god. i 01-37-5223/06 od 08.06.2006. god.
3	J05AF05	lamivudin	film tablete 100mg, oralna otopina 5mg/ml (240ml)	Liječenje hepatitisa B i C. Indicirano prema Uputstvu za provođenje dijagnostike i liječenje hepatitisa C Federalnog ministarstva zdravstva, br. 01-37-4182/05, od 17.05.2006. god. i 01-37-5223/06 od 08.06.2006. god.
4	J05AF10	entecavir	tbl. 0.5 mg. tbl. 1 mg.	Liječenje hepatitisa CiB u skadu sa uputstvom za provođenje dijagnostike i liječenja hepatitisa CiB Federalnog ministra zdravstva broj 01-37-2991/11 od 25.04.2011. godine
5	J05AF07	tenofovir disoproksil	f.tbl. 245 mg.	Liječenje hepatitisa CiB u skadu sa uputstvom za provođenje dijagnostike i liječenja hepatitisa CiB Federalnog ministra zdravstva broj 01-37-2991/11 od 25.04.2011. godine.

LIJEKOVI ZA LIJEČENJE MULTIPLE SKLEROZE ¹

R. broj	ATC Šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	L03AB08	interferon beta-1b	inj. 0,25 mg/ml	liječenje multiple skleroze indicirano prema odobrenju za Naputak za provođenje liječenja multiple skleroze Federalnog ministarstva zdravstva, br. 01-37-3793/05 od 08.06.2005. god.
2	L03AX	metenkefalin, tridecactid	inj. 5.20mg.+1.15mg.	Liječenje multiple skleroze indicirano prema uputstvu za provođenje liječenja multiple skleroze Federalnog ministarstva zdravstva, br. 01-37-3567/11 od 20.05.2011.godine.

LIJEKOVI ZA LIJEČENJE HEMOFILIJ

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	B02BD08	Faktor koagulacije F VIIa	bočica 2 mg	po preporuci ordinirajućeg liječnika
2	B02BD08	Faktor koagulacije F VIIa	bočica 1 mg	po preporuci ordinirajućeg liječnika
3	B02BD02	Faktor koagulacije FVIII	bočica 1000 i.j./10ml	po preporuci ordinirajućeg liječnika
4	B02BD02	Faktor koagulacije FVIII	bočica 500 i.j./10 ml	po preporuci ordinirajućeg liječnika
5	B02BD02	Rekombinantni koagulacijski faktor VIII	Prašak za rastvor za injekcije 250 i.j., 500i.j, 1000 i.j. /bočica	Kod svih novootkrivnih slučajeva oboljenja djece do 14 godina i starijih maloljetnika do navršenih 18 godina po preporuci subspecialiste hematologa, pedijatra interniste. Priložena medicinska dokumentacija mora sadržavati dokaz o negativnim markerima na hepatitis B, C i HIV.
6	B02BD04	Faktor koagulacije F IX	bočica 1000 i.j./10 ml	po preporuci ordinirajućeg liječnika
7	B02BD04	Faktor koagulacije F IX	bočica 500 i.j./10 ml	po preporuci ordinirajućeg liječnika
8	B02BD06	Faktor koagulacije F VIII + von Willebrand-ov faktor, humani	90+80i.j/mL pac. 5ml	Za liječenje Morbus von Willebrand, po preporuci nadležne pedijatrijske klinike/odjela
9	B02BD06	Faktor koagulacije F VIII+von Willebrand-ov faktor, humani	90+80i-j/mL pac. 10ml	Za liječenje Morbus von Willebrand, po preporuci nadležne pedijatrijske klinike/odjela

ANTIRETROVIRUSNI LIJEKOVI

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1.	J05AE01	Saquinavir (SQV)	kaps. 200 mg	Liječenje AIDS-a
2.	J05AE02	Indinavir (IDV)	kaps. 200 mg, 333 mg ili 400 mg (kao sulfat)	Liječenje AIDS-a
3.	J05AE03	Ritonavir	kaps. 100 mg oralna sol. 400 mg/5ml	Liječenje AIDS-a
4.	J05AE04	Nelfinavir (NFV)	tbl 250 mg (kao mesilat) oralni prašak 50 mg	Liječenje AIDS-a
5.	J05AE06	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	kaps. 133.3 mg + 33.3 mg , oralna sol. 400 mg + 100 mg/5 ml	Liječenje AIDS-a
6.	J05AF01	Zidovudin (ZDV ili AZT)	tablete 300 mg kapsule 100 mg , sol. ili sirup 50 mg/5 ml sol. za i.v. infuzije 10 mg/ml x 20 ml	Liječenje AIDS-a
7.	J05AF02	Didanosin (ddI)	kaps. 125 mg, 200 mg, 250 mg, ili 400 mg kesice praška za oralnu sol. - puferovane 100 mg ili 250 mg	Liječenje AIDS-a
8.	J05AF04	Stavudin (d4T)	kaps. 15 mg, 20 mg, 30 mg ili 40 mg prašak za oralnu sol. 5 mg/5 ml	Liječenje AIDS-a
9.	J05AF05	Lamivudin (3TC)	tbl 150 mg sol. 50 mg/5 ml	Liječenje AIDS-a
10.	J05AF06	Abacavir (ABC)	tbl 300 mg (kao sulfat), oralna sol. 100 mg/5 ml (kao sulfat)	Liječenje AIDS-a
11.	J05AF30	Zidovudin/lamivudin	tbl 300 mg+150 mg	Liječenje AIDS-a
12.	J05AG01	Nevirapin (NVP)	tbl 200 mg oralna susp. 50 mg/5 ml	Liječenje AIDS-a
13.	J05AG03	Efavirenz (EFV ili EFZ)	kaps. 50 mg, 100 mg ili 200 mg oralna sol. 150 mg/5 ml	Liječenje AIDS-a
14.	J05AR03	tenofovir disoproksil/emtricitabine	f.tbl. 245mg.+200mg	Ostali antivirusici Liječenje AIDS-a
15.	J05AF07	tenofovir disoproksil	f.tbl. 245mg	Ostali antivirusici Liječenje AIDS-a

HUMANI IMUNOGLOBULINI

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	J06BA02	Humani imunoglobulin	Infuziona otopina 2,5 gr/50ml(bočica 50ml) Infuziona otopina gr/100 ml (bočica 10ml)	Liječenje imunosdeficitarnih stanja naslijeđenih(primarnih) i stečenih (sekundarnih) prema uputstvu Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH

LJIEKVI ZA LIJEČENJE KRONOVE BOLESTI

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1.	L04AB02	infliksimab	inf. 100mg.	Za liječenje Kronove bolesti prema Stručno metodološkom uputstvu Federalnog ministarstva zdravstva br. 01-37-3143/11 od 04.05.2011. godine.
2.	L04AB04	adalimumab	inj. 40 mg.	Za liječenje Kronove bolesti prema Stručno metodološkom uputstvu Federalnog ministarstva zdravstva br. 01-37-3143/11 od 04.05.2011. godine.

LJIEKVI ZA PROFILAKSU RESPIRATORNOG SINCIJALNOG VIRUSA

R. broj	ATC šifra	Nezaštićeno (generičko – INN) ime	Oblik i jačina	Indikacije
1	J06BB16	palivizumab	inj. 50 mg inj. 100 mg	Za prevenciju teških bolesti donjeg respiratornog sistema uzrokovanog respiratornim sincijalnim virusom kod novorođenčadi sa povećanim rizikom pojave RSV infekcije.

¹ Saglasnost za upotrebu ovih lijekova odobrava ovlaštena komisija Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.