

ДО  
КОМИСИЯТА ПО  
ПОЗИТИВНИЯ  
ЛЕКАРСТВЕН СПИСЪК

ЗАЯВЛЕНИЕ

за включване, изключване или промяна на лекарствен продукт в  
Позитивния лекарствен списък

.....

.....

(посочва се процедурата, за която се кандидатства)

от

.....

.....

(притежател на разрешението за употреба на лекарствения продукт  
или на неговия упълномощен представител)

представявано

от.....

Адрес за

връзка.....

..

Телефон ..... Факс..... Електронен адрес

.....

Лекарствен продукт (търговско наименование)						
Характеристика на лекарствения продукт						Отбележете съответната група
1. Предназначен за лечение на заболявания, което се заплаща по реда на Закона за здравното осигуряване. 2. Заплащани от бюджета на лечебните заведения по чл. 5 от Закона за лечебните заведения и от бюджета на лечебните заведения с държавно и/или общинско участие по чл. 9 и 10 от Закона за лечебните заведения. 3. Предназначени за лечение на заболявания извън обхвата на Закона за здравното осигуряване, заплащани по реда на чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето. 4. Предназначени за лечение на редки заболявания и СПИН,						

както и за профилактика и лечение на инфекциозни заболявания.		
7-цифрен АТС код (ако е зададен)		
Международно непатентно наименование на лекарствен продукт (INN)		
Лекарствена форма		
Окончателна опаковка		
Количествено съдържание на активно вещество (или всички активни вещества)		
Производител/производители съгласно разрешението за употреба		
Притежател на разрешението за употреба на лекарствения продукт		
Регистрационен номер на разрешението за употреба		
Дозировка		
Дефинирана дневна доза (DDD)		
Предложение за дефинирана дневна доза (DDD)		Ако не е установена от СЗО
Брой DDD в опаковка		
Обща терапевтична дневна доза		
Средна продължителност на лечението съгласно кратката характеристика на продукта		
Особеност на дозировката и средна продължителност на лечението		Например: налични дози, под-

			държаци доза...
	Необходимост от съпрово- ждащо медикаментоз- но лечение		
	Показания		
	Показания съгласно кратка характеристика на продукта		
	Ограничени показания (ако има такива)		

Дата:

Име и подпис на заявителя: