

INDIKAČNÍ FORMULÁŘ

PRO ZAŘAZENÍ PACIENTA DO PROGRAMU IMUNOPROFYLAXE RSV INFEKCE PŘÍPRAVKEM SYNAGIS PRO SEZÓNU 2025/2026

Formulář schválený výborem ČSDP (koordinální pracoviště Dětská klinika FN a LF UP Olomouc) je nezbytným podkladem pro úhradu přípravku zdravotní pojišťovnou.

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Předpokládaná hmotnost (orientačně) pacienta v době začátku imunoprofylaxe:

Zaškrtněte indikační kritérium pacienta:

1. Všichni novorozenci s BPD, bez ohledu na gestační týden, kteří vyžadovali léčbu BPD/CLD (oxygenoterapii, bronchodilatační terapii, kortikoidy, diuretika) ještě 6 měsíců před začátkem RSV sezóny a nebyli indikováni neonatolog a jsou v péči pneumologické ordinace. Tito novorozenci mají nárok na imunoprofylaxi do 2 let věku (možnost aplikovat Synagis i 2 sezóny) – P 271
2. Děti na domácí oxygenoterapii do 2 let věku dítěte – Z 991
3. Děti po operaci plic do 2 let věku dítěte – Z 924
4. Děti s diagnostikovanou cystickou fibrózou z novorozeneckého screeningu s prokázanými mutacemi a pozitivním potním testem – E 840

Indikující pracoviště:

Dne:

Podpis vedoucího centra:

Vyjádření koordinačního pracoviště:

Dne:

Podpis:

Poznámky:

1. Nezbytnou přílohou formuláře je 1. propouštěcí zpráva
nebo 2. výpis z ambulantní dokumentace
ev. operační protokol
2. Počátek RSV sezóny je určen datem 1. listopadu
3. BPD/CLD - definice dle Jobe a Bancalari 2001
4. Podmínkou úhrady imunoprofylaxe mimo paušál zdravotnického zařízení je uzavřený
úhradový dodatek a správné vykazání pojišťovně (ENP – evidence nákladných pojištěnců)

Vyplněný formulář s příloženou dokumentací zašlete, prosím, na adresu:

Prof. MUDr. František Kopřiva, PhD.
Dětská klinika FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 185/6
779 00 Olomouc
Tel. 588 442 802

Nebo naskenujte a pošlete mailem na adresu:

Frantisek.Kopriva@fnol.cz