**Obstruktivnemu konziliju Klinike Golnik**

**PROŠNJA ZA ODOBRITEV ZDRAVLJENJA Z ZDRAVILOM „DAXAS®“**

Bolnica / bolnik ………………………………………………….………, roj. ……………….. ima indikacijo za

***uvedbo / podaljšanje*** (ustrezno obkroži) zdravljenja z zdravilom Daxas®, ki jo utemeljujejo sledeči podatki:

|  |  |
| --- | --- |
| Ima simptome kroničnega bronhitisa (2 leti zapored 3 mesece zaporedno produktivnega kašlja in izpljunka) | DA / NE |
| Ima FEV1 pod 50 % pričakovane vrednosti po aplikaciji 4 vdihov kratkodelujočega bronhodilatatorja (Ventolin® ali Berotec®) | DA / NE |
| Ima dve dokumentirani poslabšanji KOPB, ki sta zahtevali zdravljenje z antibiotikom in/ali peroralnim ali intravenoznim glukokortikoidom v zadnjih 12. mesecih  | DA / NE |
| Ima že uvedeno zdravljenje z enim ali dvema bronhodilatatorjema v maksimalnem odmerku | DA / NE |
| Trenutno je KOPB v stabilni fazi  | DA / NE |
| Telesna teža………………kg; telesna višina……………….cm; BMI=………….. |  |
| Rezultat vprašalnik CAT pred začetkom zdravljenja z DAXAS® je:  | TOČK: |

|  |  |
| --- | --- |
| Bolnici / bolniku predlagam podaljšanje zdravljenja. Rezultat vprašalnik CAT po 6 mesecih zdravljenja je: | TOČK: |

*OBVEZNA PRILOGA: SPIROGRAM PO BRONHODILATATORJU, CAT VPRAŠALNIK*

\*Opomba: podaljšanje zdravljenja je potrebno po 6. mesecih od uvedbe zdravljenja z Daxas®; odobri se pri enakem ali zmanjšanem seštevku točk vprašalnika CAT.

Predloge za uvedbo zdravljenja in nadaljevanje zdravljenja prosim pošljite v **tajništvo Klinike Golnik po redni pošti, na Email: tajnistvo@klinika-golnik.si ali na fax: 04 25 69 117.**

***Odločitev obstruktivnega konzilija z dnem ………………………………***

***BOLNIK IZPOLNJUJE / NE IZPOLNJUJE KRITERIJE ZA ZDRAVLJENJE V BREME ZZZS***

|  |
| --- |
| ***Za obstruktivni konzilij Klinike Golnik: Datum:******Dr. Sabina Škrgat Kristan dr. med.*** |