**OBS!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Blanketten används endast vid åtkomstproblem med KLAS som är bekräftat av EHM. Skickas till apotek, ej till Läkemedelsverket**   |  | | --- | | Kommentar om varför motivering skickas utanför KLAS\* | |  | | |  | | Licensmotivering  Icke godkänt preparat  enligt LVFS 2008:11 | |
| Motiverande läkare/tandläkare | | | Specifikation | |
| Namn\* | | | Preparatets benämning\* | |
|  | | |  | |
| Titel och Specialistkompetens (om finns) | | | Aktiv substans\* | |
|  | | |  | |
| Telefon\* | Fax | | Läkemedelsform\* | |
|  |  | |  | |
| Adress till berörd klinik/avdelning/organisation\* | | | Läkemedelsstyrka\* | |
|  | | |  | |
| Tillståndsinnehavare (eller motsvarande) \* | |
|  | |
| e-postadress | | | Dosering\* | |
|  | | |  | |
| Datum\* | | | Totalmängd alt behandlingstid (högst 1 år)\* | |
|  | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Typ av licens | | |
| Enskild licens 1 | Patientens namn\* | Personnummer\* |
| Generell licens 2 | Sjukhus och klinik/avdelning eller motsvarande\* | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Motivering | | |
| Godkända läkemedel  saknas | Otillräcklig effekt av godkända  läkemedel | Oacceptabla biverkningar av godkända  läkemedel |
| Läkemedlet är godkänt i annat land, ange land | | |
| Läkemedlet är ej godkänt i annat land, eventuell kommentar: | | |
| Behandlingsindikation\* | | |
| Motivering till varför godkänt läkemedel inte kan användas, val av preparat samt uppgift om tidigare terapi och resultat\* | | |

1 Förskrivning på recept till enskild patient.

2 Rekvisition till klinik/avdelning eller motsvarande för att tillgodose akutbehov respektive behandling av inneliggande patienter.