**OBS!**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Blanketten används endast vid åtkomstproblem med KLASsom är bekräftat av E-hälsomyndigheten. Skickas till apotek, ej** **till Läkemedelsverket**

|  |
| --- |
| Kommentar om varför motivering skickas utanför KLAS\* |
|       |

 |  | Licensmotivering Icke godkänt preparatenligt HSLF-FS 2018:25 |
| 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.