

OBS!

Blanketten används endast vid åtkomstproblem med KLAS som är bekräftat av E-hälsomyndigheten. Skickas till apotek, ej till Läkemedelsverket

Licensmotivering Icke godkänt preparat enligt HSLF-FS 2018:25

Kommentar om varför motivering skickas utanför KLAS*

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 inlagda patienter.