

**З А Х Т Ј Е В**

за одобравање примјене (увођење у терапију) лијекова адалимумаб, етанерцепт,  
инфликсимаб, голимумаб, тоцилизумаб, ведолизумаб и секукинумаб

Назив здравствене установе у којој је прописан лијек:

**УНИВЕРЗИТЕТСКИ КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

Презиме и име осигураног лица .....

ЈМБГ .....

Адреса .....

Телефон/email .....

**Дијагноза по МКБ-10** .....

**Ток болести** .....

.....

.....

На основу медицинске документације у прилогу, од ..... (датум),  
а која је саставни дио овог обрасца, осигураном лицу потребно је да се у  
мјесецу ..... апликује лијек:

**INN** .....

Назив лијека .....

Јачина лијека .....

Број ампула .....

Д а т у м:

.....

М.П. ....  
(потпис, факсимил и шифра љекара специјалисте)

Потпис осигураног лица  
/родитеља-старатеља

.....