

Pieczęć jednostki kierującej

....., dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie: Kod ICD-10:

Aktualnie stosowane leczenie choroby podstawowej*:

.....
.....

Zalecane leczenie**: Wlewy z preparatu KETALAR 50 wg wariantu nr

.....
.....

.....
(Data i podpis, pieczętka lekarza)

* Stosowanie benzodiazepin wyklucza skierowanie pacjenta na terapię ketaminą

** Proszę wybrać wariant terapii

Wariant nr 1:

1. Faza indukcji: 3 infuzje w tygodniu przez dwa tygodnie (dawka preparatu KETALAR 50: min 0,5 mg/kg)
2. Faza podtrzymująca: 1 infuzja w tygodniu przez 4 tygodnie
3. Kontynuacja terapii: co 4 tygodnie przez pół roku, następnie co pół roku przez okres wyznaczony przez lekarza prowadzącego.

Wariant nr 2:

1. Faza indukcji: 2 infuzje w tygodniu przez trzy tygodnie (dawka preparatu KETALAR 50: min 0,5 mg/kg)
2. Faza podtrzymująca: 1 infuzja w tygodniu przez 4 tygodnie
3. Kontynuacja terapii: co 4 tygodnie przez pół roku, następnie co pół roku przez okres wyznaczony przez lekarza prowadzącego.

Wariant nr 3:

Wlew jednorazowy

Wariant nr 4:

Inny zalecany schemat leczenia (proszę podać).