

SPRÁVA O 5. VÝSKUMNOM FÓRE EURÓPSKEJ ASOCIÁCIE PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

29. – 31. MÁJ 2008, TRONDHEIM

Kristina Križanová

Interná klinika, odd. paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 95–97

Trondheim je jedným z najstarších škandinávskych miest, tretie najväčšie mesto v Nórsku. Leží v najhlbšom nórskom fjorde v strednom Nórsku v kraji Trondelag. V súčasnosti je centrom námorného, technického a medicínskeho výskumu. V univerzitnej nemocnici sv. Olafa je oddelenie paliatívnej medicíny, založené v roku 1993, ktoré sa intenzívne venuje výskumu. Profesor **Stein Kaasa** je jedným z minulých prezidentov Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti a šéfom tohto oddelenia, je spoluvorcom medzinárodnej spolupráce v podobe *Európskej asociácie výskumnej siete v paliatívnej starostlivosti* (EAPC RN) a najnovšie v projekte financovanom EU nazvanom *European Palliative Care Research Collaborative* (EPCRC).

V Trondheime som prvýkrát v živote zažila biele noci. Najprv som sa dočítala v rámci predpovede počasia, že slnko vychádza o pol štvrté ráno a zapadá o pol jedenástej v noci. Faktom však bolo, že asi ani nezapadlo ani nevyšlo, pretože celú noc bolo svetlo ako vo dne, len akoby pri zamračenej oblohe. Napriek tomu spoľahlivo svietilo pouličné osvetlenie, aj svetlá vo výkladoch. Keďže som nebola nikdy v Škandinávii v zime, neviem, ako vyzerá svetlo tých niekoľko hodín na poľudnie po 20 hodinách tmy, ale určite nemôže byť veľmi intenzívne. Za pár dní pobytu v kontinuálnom dennom svetle som bola dosť unavená, ale bol to skutočne zážitok. Domáci si začiatok leta vychutnávali, dievčatá chodili v ľahkých šatách najnovšej dámskej módy napriek relatívnemu chladu, mnohí behali alebo bicyklovali. Nával bol do neskorej noci v baroch a reštauráciách, kde sa sedelo najmä vonku, hoci bolo treba „prikurovať“ – bary sú otvorené do jednej hodiny po polnoci. Trondheim má len 160 000 obyvateľov (ale ešte aj niekoľko tisíc študentov navyše), takže všade bolo relatívne málo ľudí. Nezačala ešte turistická sezóna.

Výskumné fórum sa koná každý druhý rok striedavo s kongresom EAPC, ktorý bude v r. 2009 vo Viedni (www.eapcnet.org).

Kongres bol veľmi dobre zorganizovaný: rýchlo sa dalo premiestniť z jednej programovej sekcie do druhej, prednášatelia boli disciplinovaní, takže sa dalo dostať na plánovanú prednášku v čase uvedenom v programe. Program bol rozdelený ako vždy

do sekcií. Každé ráno bolo niekoľko stretnutí s expertmi v rôznych oblastiach výskumu: ako vybudovať efektívny výskumný tím, etické otázky výskumu v paliatívnej medicíne, ako dať výsledky na papier, genetika a symptomatická liečba. Vybrala som si problematiku vybudovania výskumného programu a jeho ekonomického zabezpečenia, hlavne preto, že o tom hovoril prof. **Eduardo Bruera** z Onkologického centra MD Anderson v Houstone, ktorý je jedným z lídrov výskumu v paliatívnej medicíne vo svete. Dozvedela som sa to, čo som už tušila: v našich podmienkach financovania výskumu a zdravotnej starostlivosti sa možno zúčastniť „len“ výskumu, ktorý zorganizuje niekto iný, najlepšie nadnárodná spoločnosť, ktorá ho aj financuje. Vybudovať výskumný tím z vlastných ľudských a finančných zdrojov sa mi zdá v našich podmienkach ekonomicky aj personálne podfinancovaného zdravotníctva nerealizovateľné. Od EU je veľmi ťažké získať grant, ide o veľmi kompetitívne prostredie. Garantovať ho musí centrum, ktoré spĺňa kritériá excelencie. Klinik by nemal byť výskumníkom, ale klinik a výskumník by mali úzko spolupracovať. Výskumný tím sa nemôže len vytvoriť, ale aj udržať. Existujú tímy, ktoré nesúvisia priestorovo, každý člen žije a pracuje inde, ale robia jeden výskum. Takýto tím, aj v Európe je veľmi ťažko udržať. Dôležité je dodržať metodiku výskumu, vybrať si tú správnu, mať svojho štatistika.

Prednášky v hlavnej sále sa konali na začiatku kongresu a každý deň ráno, týkali sa hlavných problémov v paliatívnej medicíne: od molekulárnej biológie ku klinike, ekonomický vplyv smrteľného ochorenia v rodine, metodologické problémy klinického výskumu u pacientov v terminálnej fáze života, možnosti zníženia výdavkov za zdravotnú starostlivosť po konzultácii paliatívneho tímu. Prvým plenárnym zasadaniom predsedali dve dámy paliatívnej medicíny: prof. **Kathy Foley** z New Yorku a prof. **Sheila Payne** z Lancasteru vo Veľkej Británii. Prof. **Stein Kaasa** hovoril o problémoch medzinárodnej spolupráce vo výskume v paliatívnej medicíne, pričom zdôraznil aj potrebu deskriptívneho výskumu popri randomizovaných štúdiách, ktoré majú v paliatívnej medicíne a terminálnej starostlivosti svoje špecifiká: náročný nábor, vysoké percentuálne

straty údajov o pacientoch vo veľmi fragilnej komunite. Výskum v paliatívnej medicíne je potrebný, pretože problematika starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich sa dostáva do popredia ako jeden z hlavných cieľov zdravotnej politiky. Jedným z predpokladov vývoja liečebných smerníc je rozvoj vedeckej základne. Je niekoľko okruhov výskumných problémov v paliatívnej medicíne, napr.: zručnosť primerane zhodnotiť a analyzovať subjektívne postoje týkajúce sa zdravia, schopnosť dostatočnej symptomatickej liečby a spôsobilosť vykonávať efektívne multidisciplinárne intervencie. Prof. **Lukas Radbruch**, terajší prezident EAPC z Aachenu (Nemecko) zdôraznil potrebu nájsť spoločnú reč a spoločné ciele v paliatívnej starostlivosti v celej Európe. EAPC pracuje na definícii noriem paliatívnej starostlivosti, ktoré by poskytovali vodič a odporúčania pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, pre tých, ktorí rozdeľujú finančné podiely v zdravotníctve (stakeholders) a pre organizátorov zdravotnej starostlivosti.

Dr. **Florian Strasser** zo St. Gallenu (Švajčiarsko) a **Fausto Roila** z Perugie v Taliansku hovorili o onkologickom výskume, ktorý porovnáva protinádorovú liečbu s tzv. „best supportive care“ (BSC) a pýtali sa, či vieme, čo to znamená. V žiadnej takto koncipovanej štúdiu sa neformulovali presné zásady, čo BSC znamená, ponechalo sa na lekárovi, aby rozhodol. Pri tvorbe výskumného projektu sa nikdy nekonzultoval špecialista v paliatívnej medicíne, aby sa štandardizovalo poskytovanie „najlepšej možnej starostlivosti“. V štúdiách, ktoré porovnávali paliatívnu chemoterapiu s BSC sa veľmi ťažko zbierali pacienti, pretože dostali informáciu, že po randomizácii môžu dostať „len“ BSC. Otázkou je, prečo sa nepoužilo v tomto prípade placebo, konkrétne šlo o štúdiu liečby Ca pľúc docetaxelom vs. BSC z r. 2000. Dr. **Rumona Dickson**, ekonomická expertka NICE (Veľká Británia) kritizovala onkologický výskum používajúci v 2. ramene BSC pre nemožnosť ekonomicky porovnať toto rameno, pretože oproti aktívnej časti, ktorá je do podrobnosti popísaná a ekonomicky zhodnotiteľná, rameno BSC je popísané úplne vágne, bez možnosti ekonomického zhodnotenia. Preto sa v týchto štúdiách nedá zistiť cost-effectiveness. F. Strasser navrhuje názov

„paliatívna onkologická starostlivosť“ namiesto BSC. V Kanade už sú aj smernice pre paliatívnu medicínu v onkológii. Klinický onkológ sa v určitej fáze svojej práce musí rozhodnúť, čo bude robiť: či sa chce špecializovať na paliatívnu medicínu. Je to podobné rozhodnutie ako pre špecializáciu napr. na liečbu karcinómov prsníka alebo kolorektálnych karcinómov.

Marit Jordhoy z Trondheimu podrobne referovala o programe EPCRC. Výskum sa bude týkať bolesti, jej hodnotenia: hodnotenia intenzity bolesti, interferencie bolesti s inými príznakmi a vplyvu na jednotlivé funkcie chorého. Výskum bude zameraný na dotazníky, ktoré sa používajú pri bolesti tak aby sa dali viaceré spojiť, validovať, aby boli výpovednejšie, stručnejšie, aby si nevyžadovali veľa času a asistenciu príbuzných alebo zdravotníckych pracovníkov pri ich vyplňovaní. **Marianne Hjermstad** z Osla (Nórsko) hovorila, že sa hľadá aj možnosť jednoduchého vyplňovania dotazníka v počítači. EPCRC spolupracuje s IASP-om, zaraď sa aj *Cancer Pain Prognostic Scale*. **Augusto Caraceni** z Milána popisoval, ako sa bude skúmať liečba bolesti. Smernice na liečbu bolesti sú zmesou dôkazov na podklade štúdií, ktoré však sú krátke, mnohokrát nerandomizované a bez odporúčaní expertov. V rámci výskumu EPCRC preverili publikované smernice na liečbu bolesti z celého sveta, z toho naformulovali 17 kľúčových problémov a oslovili 40 expertov na svete, aby sa vyjadrili ku publikovaným odporúčaniam EAPC (z r. 2001). Hlavnými problémami, ktoré sa budú skúmať v rámci EPCRC bude liečba opioidmi, kachexia pri nádorových ochoreniach a výskyt a liečba depresie. Prof. **Geoffrey Hanks** z Bristolu vo Veľkej Británii uviedol, že treba dokázať v štúdiách, že pri určitých typoch nádorovej bolesti nie je vhodné liečiť bolesť najprv liekmi z 2. stupňa analgetického rebríka WHO, hovoril aj podrobnosti o prebiehajúcich štúdiách, ktoré však majú tradične v komunite paliatívnych pacientov pomalý nábor. V diskusii sa pravdivo aj vehementne ozvala prof. **K. Foley** s poukazom, že už na začiatku tvorby analgetického rebríka v spolupráci IASP-u a WHO (pred jeho prvým zverejnením v r. 1986) sa vo vysvetlení jednoznačne povedalo, že typ podaného opioidného analgetika (z 2. alebo 3. stupňa rebríka) závisí od intenzity bolesti a nie od dodržania všetkých stupňov analgetického rebríka: teda, že silnú bolesť nemožno prvé dva dni liečiť paracetamolom, potom dva dni dihydrokodeinom a až napokon silnými opioidom. Preto sa opioidy ani nenazývajú ako slabé a silné, ale ako opioidy na slabú a stredne silnú bolesť a opioidy z 3. stupňa rebríka ako opioidy na silnú bolesť. Tak to aj všetci robíme a vieme!

Giovanni Apolone z Milána hovoril o potrebe zaradiť ako skúmaný problém aj pacientom udávané posúdenie výsledku liečby, nielen pozorovanie klinika a objektívne nálezy a výsledky v rámci štúdií hodnotiacich výsledky protinádorovej liečby. Americká FDA neodporúča vôbec používať výsledky dotazníka o kvalite života ako jeden z primárnych cieľov štúdie, jej smernice pre riadenie štúdií majú 40 strán, EMEA naproti tomu áno, ale jej smernice majú 5 strán a sú menej exaktné. Ak sa použije dobrá metodika, tak štúdie využívajúce hodnotenie pacientom môžu mať lepšiu výpovednú hodnotu, ako štúdie využívajúce hodnotenie klinikom, najmä keď sa vzťahujú ku problematike zdravia a zdravotnej starostlivosti.

V sekcii o etike hovorila **Agnes van der Heide** z Rotterdamu o súčasnom stave eutanázie v Holandsku a jej dopadu na rozhodovanie lekárov. Zmena ostatných právnych úprav nevedla ku zvýšeniu počtu žiadostí o eutanáziu v Holandsku. Zavedenie možnosti paliatívnej sedatívnej liečby v terminálnej fáze života pri neznesiteľnom a dostupnými možnosťami nezvládnuteľnom utrpení a bolesti viedlo dokonca ku zníženiu žiadostí o eutanáziu. Okrem toho sa zistilo, že v 50 % prípadov aktívnej vyžiadanej eutanázie ide o skrátenie života o týždeň a v 80 % o mesiac a menej. Oproti r. 2001, keď 2,56 % všetkých smrtí bolo vyvolané aktívnou vyžiadanou eutanáziou, v r. 2005 to bolo 1,68 % všetkých smrtí.

Bert Broeckaert z Leuvenu v Belgicku urobil analýzu postojov belgických lekárov a sestier zaoberajúcich sa paliatívnou starostlivosťou voči aktívnej vyžiadanej eutanázii. Zistil, že 22,6 % z nich sú mierni oponenti, 35,7 % z nich sú mierni zástancovia a 41,7 % je pevných zástancov možnosti aktívnej vyžiadanej eutanázie, pričom je medzi nimi väčšina katolíkov, a to praktizujúcich! Belgicko je jediná krajina v Európe, kde sú paliatívci zástancami aktívnej eutanázie.

Hans Christof Müller-Busch z Berlína hovoril, že v Nemecku doteraz zomiera väčšina chorých v nemocniciach. Skúmali starostlivosť v priebehu posledných 48 hodín života pacientov vo všeobecnej nemocnici a na jednotke paliatívnej medicíny. Zistili, že sa vykonávala 1. potenciálne život predlžujúca aktivita – bez podpory dôkazov, 2. symbolická aktivita v situácii, kde sa považuje za zbytočnú a 3. paliatívna – potenciálne skracujúca život (nezačatie alebo ukončenie liečby). Napriek tomu, že na jednotke paliatívnej medicíny sa stav pacienta pri prijatí hodnotil do 5 skupín vrátane skupiny aktívne zomierajúcich, vykonávala sa u nich často aj symbolická aktivita v posledných 48 hodinách života, napr. odber krvi, zmena antibiotickej liečby, ale menej ako vo všeobecnej nemocnici,

kde sa zistil viac aktivizmus a symbolická aktivita v terminálnej starostlivosti. Rozhodovanie o postupe v terminálnej fáze života závisí na skúsenosti lekárov a sestier, ktorý ho vykonávajú a dosť na mieste, kde sa vykonáva.

Prof. **Vickie Baracos** z Edmontonu v Kanade (Alberta) sa venuje dlhoročnému výskumu kachexie u onkologických pacientov. Vo svojej prednáške hovorila o tom, že kachexia znamená u všetkých pacientov sarkopéniu: obézni pacienti strácajú aktívnu svalovú hmotu a nie tukové tkanivo. Možno to dobre dokumentovať na štandardných CT snímkach v oblasti pásu (L3), kde možno aj kvantifikovať zmeny v svalovej hmote. 50 % onkologických pacientov má v terminálnej fáze svojho ochorenia sarkopéniu, z nich 20 % zostalo obéznym. Obézni pacienti so sarkopéniou žili kratšie ako obézni bez sarkopénie. Zacielenie terapie na zachovanie svalovej hmoty je najdôležitejšie: hľadajú sa lieky, ktoré by to umožnili. Doteraz máme k dispozícii veľmi málo preventívnych možností. Vo fáze II je t.č. štúdia selektívneho modulátora pre androgénny receptor vo svaloch. Neskorá intervencia nie je efektívna. **Kenneth Fearon** z Edinburgu (V. Británia) rozoberal súčasný stav výskumu biologických a genetických faktorov, ktoré sú prediktívne pre vznik kachexie. Zistilo sa, že proteíny akútnej fázy, ktoré znižujú chuť do jedla a zvyšujú energetický výdaj, nie sú zodpovedné len za hojenie rán v pooperačnom období, ale aj za vznik kachexie a pokles niektorých proteínov, ktoré sú zachované, ak nedochádza ku katabolizmu. Zvýšená hladina C-reaktívneho proteínu (CRP) sa pozoruje napr. u pacientov s karcinómom pankreasu až v 80 % prípadov a je spojená s kratším životom týchto chorých. Z genetických markerov sa skúmajú polymorfizmy jednotlivých nukleotidov

(SNP-s) najmä interleukínov a interferónov, ktoré zapríčiňujú kvalitatívne zmeny v ich produkcii u jednotlivých ľudí. **Florian Strasser** uzavrel sekciu o kachexii konštatovaním, že je potrebné, aby onkológovia odosielali včas na konzultáciu svojich pacientov ku paliatívcovi aj preto, že rozvoj kachexie, malnutície a sarkopénie môže zhoršovať toxicitu paliatívnej protinádorovej liečby, najmä chemoterapie. Príčiny rozvoja kachexie v počiatočnom štádiu jej vývoja sa zväčša bagatelizujú (napr. zápcha, nedostatočný príjem tekutín, nedostatok pohybu, aj mierna mukozitída a i.) a v jej konečnej fáze nadliečujú – parenterálna výživa. Pri rozvoji kachexie hrajú dôležitú úlohu kultúrne vplyvy v rámci rodiny, multidimenzionálne aspekty utrpenia v chorobe, striedajúce sa obdobia vývoja ochorenia, nedostatok času daný ochorením na realizáciu cieľov vo výžive, nedostatočná kontinuita v starostlivosti o pacienta.

Zreferovala som menej ako tretinu prednášok, pretože viac nebolo možné absolvovať počas 2 a pol dňa. Okrem toho bolo niekoľko stoviek posterov rozdelených do dvoch sekcií a ešte ďalej rozdelených podľa problematiky. Venovali sa hodnoteniu a meraniu príznakov, kognitívnym poruchám a delíriu, dýchavici, terminálnej starostlivosti a kvalite zomierania, epidemiológii, bolesti, iným príznakom, paliatívnej starostlivosti u detí a adolescentov, výskumu v poskytovaní starostlivosti, auditu a kontrole kvality, smúteniu, rodine a blízkym, paliatívnej starostlivosti pri neonkologických ochoreniach, psychológii a komunikácii. Zaujali ma najmä

tie, ktoré sa týkali etických problémov poskytovania paliatívnej starostlivosti. Stále si potvrdzujem empirickú skúsenosť, že lekári nevedia pacientov informovať pravdivo, podobne ani ich príbuzných. Preto sa pacienti po vyčerpaní terapeutických možností „zrútiť“ do priepasti bolesti, nemožnosti a beznádeje, pričom by to tak nemuselo byť. Okrem toho aj lekári majú svoju autonómiu a nemali by sa dať zviazať na podanie liečby, o ktorej vedia, že je len symbolická a nebude mať žiaden pozitívny efekt na kvalitu pacientovho života.

Na záver chcem citovať profesora Steina Kaasu, ktorý pri otváracom ceremoniáli kongresu

povedal: „... pýtajú sa ma, čo je zvláštne a osobitné na paliatívcoch? Odpovedám všetkým: sú to výnimoční ľudia bez zvláštneho poznávacieho znamenia...“ („extraordinary people without dress code“).



MUDr. Kristina Križanová

Interná klinika, odd. paliatívnej medicíny, Národný onkologický ústav Klenova 1, 832 01 Bratislava
e-mail: kristina.krizanova@nou.sk

REC			
Baxter			
RECOMBINATE 1000 IU plv iol	Rp.	16/0364/07-5	
RECOMBINATE 250 IU plv iol		16/0362/07-5	
RECOMBINATE 500 IU plv iol		16/0363/07-5	
B02BD02		Baxter AG, Wien, Rakúsko	
IS: Antihemoragiká. Z: Recombinant factor VIII coagulationis (AHF) 250 IU, 500 IU, alebo 1000 IU v 1 IJ, liekové. E: Liečba a profylaxia krvácajúcich príhod u pacientov s hemofiliou A (vrodený nedostatok faktora VIII, pri peroperačnej liečbe pacientov s hemofiliou A. M: Osoby, u ktorých sa vyskytli ťažké alergické reakcie na hovädzie a mlieko bielkoviny alebo na bielkoviny škrokov alebo na zložky lieku. Gravidita. D: Dávkovanie a dĺžka substitučnej liečby závisí od závažnosti koagulačnej poruchy, od miesta a rozsahu krvácania a od klinického stavu pacienta. Liečba by sa mala začať pod dohľadom lekára so skúsenosťami v liečbe koagulačných porúch a spolu s laboratóriom, v ktorom je možné merať koncentrácie plazmatického antihemofilického faktora. P: 24			
VALEANT			
RECOTENS 10 mg tbl	Rp.	83/0431/07-5	
RECOTENS 5 mg tbl		83/0430/07-5	
C08CA01		Valeant Czech Pharma s.r.o., Česko	
IS: Deriváty dihydropyridínu. Z: Amlodipín 5 mg, alebo 10 mg ut. amlodipiniumbesylát v 1 tablete. E: Esenci, hypertenzia, chron. stabilná a vazospast. angina pectoris. M: Precitlivosť na zložky lieku, zväčš. hypotenzia, šok, vrátnane kardiolgén. šoku, srdcové zlyhanie po akút. infarkte myokardu počas prvých 28 dní, obštrukcia výtok. traktu ľavej komory, nestab. angina pectoris. D: Dosp. líni: na liečbu hypertenzie a anginy pectoris 5 mg 1x denne. Ak sa počas 2 - 4 týžd. nedosiahne požad. terapa. účinek, dávku možno zvýšiť na max. dávku 10 mg denne jednorazovo v závislosti od ind. odp. pacienta. U pacientov s anginou pectoris sa amlodipín môže používať v monoterapii alebo v komb. s ďalšími antihypertenz. látkami. P: 36			
RECOXA 15 tbl	Rp.	29/0163/05-5	
RECOXA 7,5 tbl		29/0162/05-5	
N01AC06		Zentiva, Česko	
IS: Nesteroidové antilozgistiká. Z: Meloxicam 7,5 mg alebo 15 mg v 1 tablete. E: Symptomatická liečba reumatických chorôb. M: Precitlivosť na zložky lieku, aktívny peptický vred alebo nedávajúci peptický vred, gastrointestinálne krvácanie, cerebrovaskulárne krvácanie alebo iné poruchy krvácania, závažná pečernová insuficiencia, nedialyzovaná (nedialyzovateľná) ťažká renálna insuficiencia, deti a mladiství do veku 15 r., tehotenstvo a dojčenie, závažné nekontrolované zlyhanie srdca. D: Osteoartróza: 7,5 - 15 mg/deň. Reumatoidná artritída: 15 mg/deň, podľa terapeutickéj odpovede možno dávku znížiť na 7,5 mg/deň. Ankylozujúca spondylitída: 15 mg/deň. Max. denná dávka je 15 mg. Starší pacienti a pacienti so zvýšeným rizikom nežiaducich liekových reakcií: 7,5 mg/deň. Pacienti so zvýšeným rizikom nežiaducich liekových reakcií by mali začať liečbu dávkou 7,5 mg denne. P: 36			
REDUCTIL 10 mg cps	Rp.	08/0118/99-5	
REDUCTIL 15 mg cps		08/0118/99-5	
A08AA		Abbott Laboratories, Slovensko	
IS: Anoretika. Z: Monohydrát hydrochloridu sibutramínu 10 mg, alebo 15 mg v 1 kapsule. E: Liečba obezity v prípadoch, keď je lekársky indikovaný úbytok hmotnosti, ako podporná liečba pri chudnutí obezických pacientov s nadmerným prísunom potravy a s indexom tel. hm. (BMI) 30 kg/m ² alebo vyšším, obezických pacientov s nadmerným prísunom			



Tretie vydanie Manuálu pre lekárov a lekárníkov na Slovensku

Čo môže záujemca v tejto knihe nájsť?

- receptúrne skratky a ich význam
- referenčné názvy liekových foriem v humánnej medicíne
- vyhláška č. 559 MZ SR, ktorou sa ustanovuje zoznam ATC skupín liekov, pri ktorých je možný výdaj náhradného generického lieku
- zoznam a kódy ZP
- zoznam skratiek odborností lekárov
- zoznam Orphan liekov
- interakcie liečiv s potravinami
- humánne HVLP - registre liekov podľa liečiv, ATC skupín, IS a podľa abecedy
- homeopatické lieky - registre podľa IS a podľa abecedy

MANUÁL - Lieky registrované v Slovenskej republike 2008

Objednávacie kupón

Meno Priezvisko

Spoločnosť

IČO IČ DPH

Adresa

Tel Fax

Email Podpis

počet ks

MC: 360 Sk/ ks

Objednávku pošlite na adresu:

BE TRADE spol. s r.o.
Röntgenova 14
851 01 Bratislava

Príjem objednávok aj na www.slais.sk
vyplnením formulára