



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 28 Απριλίου 2014

Αρ. Πρωτ.: οικ.15532

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών υγείας

Δ/ση: Φαρμάκου

Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής  
Πληροφορίες: Χ.Κανή

Τηλ.: 210 8110655 Fax: 210 8110694

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Τ.Κ. 151 23  
Μαρούσι

E-mail: [d6.t1@eopyy.gov.gr](mailto:d6.t1@eopyy.gov.gr)

**ΠΡΟΣ**

1. Π.Ε.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
2. Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
2. Υγειονομικές Περιφέρειες, ΥΠΕ
3. Στρατιωτικά Νοσοκομεία
4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
5. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

1. Γραφείο Υπουργού Υγείας
2. Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
3. Γραφείο Γεν. Γραμματέως Δημόσιας Διοίκησης
4. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
5. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
6. Γραφείο Αντιπροέδρου Β'
7. Γραφείο Γεν. Δ/ντη Υπηρεσιών Υγείας
8. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
9. Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Αθήνας-Θεσσαλονίκης
9. ΗΔΙΚΑ
10. ΚΜΕΣ

**Θέμα: «Σχετικά με τη λειτουργία Επιτροπών Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους».**

Σχετικά:

1. Η με αρ. πρωτ. ΔΥ1δ/ΓΠ οικ.16883/21.02.2014 υπουργική απόφαση.
2. Το με αρ. πρωτ. 9236/06.03.2014 έγγραφο σχετικά με τη λειτουργία Επιτροπών Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους
3. Υπουργική Απόφαση 28882/2014 (ΦΕΚ 878 Β'/08.04.2014) Αναθεώρηση και συμπλήρωση των καταλόγων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12 Ν. 3816/2010 (Α' 6)
4. Το αρ. 11 παρ. 4 της Υπουργικής απόφασης 3457 (ΦΕΚ 64Β'/16.01.2014)

Σε συνέχεια της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης (σχετικό 1) όπου αναφέρεται η συγκρότηση στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 2 επιτροπών (μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη) για εξέταση αιτημάτων ασφαλισμένων για φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και για φάρμακα υψηλού κόστους

ειδικών παθήσεων, εκδόθηκε το σχετικό 2 έγγραφο αναφορικά με φάρμακα που εξετάζονται από αυτές καθώς και τη λειτουργία τους.

Κατόπιν της αναθεώρησης του καταλόγου φαρμάκων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ.2 του άρθρου 12 Ν.3816/2010 (Α' 6) (Υ.Α. 8882/2014 (ΦΕΚ 878 Β'/08.04.2014)) και με βάση των οριζομένων αρ. 11 παρ. 4 της Υπουργικής απόφασης 3457/2014 (σχετικό 4) που αναφέρει ότι "εφόσον οι επιτροπές του ΕΟΠΠΥ προ-εγκρίνουν τη χρήση ενός συγκεκριμένου φαρμάκου αυτό θα πρέπει να ισχύει για το σύνολο των φαρμάκων της κατηγορίας" αντικαθίσταται ο κατάλογος των φαρμάκων που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους (στο σχετικό 2 έγγραφο) με τον κατωτέρω Πίνακα:

<b>A/A</b>	<b>ΦΑΡΜΑΚΟ</b>	<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>
1	CEREZYME	IMIGLUCERASE
2	REPLAGAL	AGALSIDASE
3	FABRAZYME	AGALSIDASE
4	ALDURAZYME	A-L-IDURONIDASE
5	MYOZYME	ALGUCOSIDASE A
6	ELAPRASE	IDURSULFASE
7	VPRIV	VELAGLUCARASE ALFA
8	ZAVESCA	MIGLUSTAT
9	KUVAN	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE
10	REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM
11	FORSTEO	TERIPARATIDE
12	PREOTACT	PARATHYROID HORMONE
13	INCIVO	TELAPREVIR
14	VICTRELIS	BOCEPREVIR
15	SYNAGIS	PALIVIZUMAB
16	YERVOY	IPILIMUMAB
17	ZELBORAF	VEMURAFENIB
18	JAKAVI	RUXOLITINIB
19	ZYTIGA	ABIRATERONE ACETATE
20	ILARIS	CANAKINUMAB
21	BOTOX	BOTULINUM TOXIN
22	DYSPORT	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX
23	NEUROBLOCK	BOTULINUM TOXIN TYPE B
24	VISUDYNE	VERTEPORFIN
25	MACUGEN	PEGAPTANIB SODIUM
26	LUCENTIS	RANIBIZUMAB
27	EYLEA	AFLIBERCEPT

Επισημαίνεται ότι ως κατηγορία ορίστηκε το επίπεδο ATC 4 των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στη Θετική Λίστα, ενώ σε περιπτώσεις όπου στο επίπεδο ATC4 υπήρχαν διαφορετικές ενδείξεις έγινε και επιλογή βάση ένδειξης.

Επιπρόσθετα, εξετάζονται τα ραδιοφάρμακα, φάρμακα εξωτερικού που αφορούν σε ατομικές παραγγελίες ή έκτακτες εισαγωγές και όσα αφορούν στις διατάξεις της Υ.Α. 82961 (ΦΕΚ 2219 Β'/09.09.2013) σχετικά με αποζημίωση φαρμάκων που εισάγονται με έκτακτες διαδικασίες από τον ΕΟΦ και το ΙΦΕΤ έως την οριστική αξιολόγηση τους από την αρμόδια επιτροπή ή τη λήξη της ενδεδειγμένης περιόδου θεραπείας.

Οι περιπτώσεις που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους μπορούν να τροποποιηθούν με απόφαση του Οργανισμού.

Επισημαίνεται ότι οι ανωτέρω επιτροπές δεν είναι εκ του νόμου αρμόδιες να εξετάζουν περιπτώσεις εκτός ενδείξεων συνταγογράφησης σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ. 154/29-02-2012 (ΦΕΚ 545/Β'/01-03-2012) η οποία κοινοποιήθηκε με το 16217/09-04-2012 έγγραφο της Υπηρεσίας μας.

Ειδικότερα επισημαίνεται ότι τα οφθαλμολογικά, ρευματολογικά, δερματολογικά, γυναικολογικά, γαστρεντερολογικά, ουρολογικά περιστατικά της Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους της Θεσσαλονίκης θα αποστέλλονται στην Επιτροπή της Αθήνας επί του παρόντος για εξέταση.

Επισημαίνεται ότι ο Οργανισμός, με σκοπό την αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων, έχει αναπτύξει ηλεκτρονικό μηχανισμό προέγκρισης φαρμάκων ο οποίος θα τεθεί σύντομα σε εφαρμογή.

Για την διευκόλυνση των θεραπόντων ιατρών καθώς και για την εξασφάλιση της πληρότητας των δικαιολογητικών δημιουργήθηκαν πρότυπες γνωματεύσεις στις οποίες οι ιατροί καταγράφουν τα απαιτούμενα στοιχεία ενώ επισυνάπτουν τα απαραίτητα δικαιολογητικά όπως αυτά αναφέρονται σε αυτές (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1).

#### Συγκεκριμένα:

- Οι θεράποντες ιατροί που συνταγογραφούν φάρμακα υψηλού κόστους που εξετάζονται από τις επιτροπές του ΕΟΠΥΥ, υποχρεούνται: Να συμπληρώνουν το πρότυπο γνωμάτευσης για τα νοσήματα που περιγράφονται σε αυτό. Οι γνωματεύσεις επισυνάπτονται στο παράρτημα του παρόντος εγγράφου και θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ ([www.eopyy.gov.gr](http://www.eopyy.gov.gr)). Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί ώστε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία που αναφέρονται σε αυτές τις γνωματεύσεις ώστε οι ιατροί της επιτροπής να έχουν διαθέσιμες όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. Επιπρόσθετα σημαντικό στοιχείο είναι η ενημέρωση του ασθενούς για την θεραπεία και η εξασφάλιση της ενυπόγραφης συγκατάθεσής του σε αυτή επάνω στο ειδικό πεδίο που υπάρχει στις γνωματεύσεις.
- Σε περίπτωση που υπάρχει κάποιο φάρμακο που δεν καλύπτεται από τις επισυναπτόμενες γνωματεύσεις οι ιατροί θα χρησιμοποιούν ένα γενικό έντυπο γνωμάτευσης.
- Να δίδουν στους ασφαλισμένους όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που προβλέπονται σε αυτές τις γνωματεύσεις και αποδεικνύουν τη νόσο ώστε να προσκομιστούν στις επιτροπές.
- Να κατευθύνουν τους ασφαλισμένους στα κατά τόπους σημεία υποβολής των δικαιολογητικών ώστε να καταθέσουν. Η κατάθεση των δικαιολογητικών στα σημεία υποβολής μπορεί να γίνεται από τους ίδιους τους ασθενείς ή από συγγενικό τους πρόσωπο με εξουσιοδότηση.
- Σε περίπτωση κατεπείγουσας χορήγησης ενός φαρμάκου οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να εκδίδουν ξεχωριστή ενυπόγραφη γνωμάτευση όπου θα εκθέτουν τους λόγους άμεσης έναρξης θεραπείας με το φάρμακο και να εκδίδουν την ιατρική συνταγή. Στο πρότυπο γνωμάτευσης στην θέση της σφραγίδας τους θα αναγράφουν ευκρινώς τη λέξη «επείγον» και θα υπογράφουν. Παρακαλούνται οι θεράποντες ιατροί να προγραμματίζουν κατάλληλα τις θεραπείες ώστε να είναι το δυνατόν λιγότερα τα περιστατικά κατεπείγουσας χορήγησης φαρμάκων.
- Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού του νομού Αττικής θα προσέρχονται μόνο σε ένα από 3 τα κάτωθι σημεία:  
 -Περιφερειακή Διεύθυνση Πειραιά (Ηρώων Πολυτεχνείου 19, 18 535 Πειραιάς)  
 -Αγίου Κωνσταντίνου 16, 5<sup>ος</sup> όροφος, Τ.Κ. 10552, Ομόνοια, Αθήνα

-Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καλλιθέας (Δαβάκη 44, Τ.Κ. 17672, Καλλιθέα) και θα καταθέτουν τα δικαιολογητικά τους.

Επίσης και για ασφαλισμένους της επαρχίας που υποβάλλονται σε θεραπεία σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Αττικής που λειτουργεί Επιτροπή, η κατάθεση των δικαιολογητικών τους για εξέταση από την Επιτροπή θα μπορεί να γίνεται σε ένα από τα ανωτέρω 3 σημεία που υπάγεται το Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική.

- Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού στην επαρχία θα προσέρχονται στην οικεία Περιφερειακή Διεύθυνση (ΠΕ.ΔΙ.) ή Αποκεντρωμένο Γραφείο Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων η οποία οφείλει να συλλέγει τα δικαιολογητικά και να τα αποστέλλει (ταχυδρομικά μέσω της ταχυδρομικής υπηρεσίας που έχει σύμβαση με τον Οργανισμό στη διεύθυνση Απ.Παύλου 12, Τ.Κ. 151-23, Μαρούσι-Αθήνα, 2ος όροφος με την ένδειξη επί του φακέλου «για Επιτροπή Φαρμάκων Υψηλού Κόστους και Εξωτερικού» για την Αθήνα) ή μέσω φαξ (στο 210-8110693 για την Επιτροπή της Αθήνας και στο 2310-594837 για την Επιτροπή της Θεσσαλονίκης) .

Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις (ΠΕ.ΔΙ.) του ΕΟΠΥΥ και τα Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων σύμφωνα με το παραπάνω σύστημα θα παραλαμβάνουν και θα αποστέλλουν τα κάτωθι :

- Διαβιβαστικό στο οποίο θα αναγράφονται υποχρεωτικά το όνομα του ασφαλισμένου, ο αριθμός μητρώου του καθώς και ο αριθμός σελίδων από τις οποίες αποτελείται το τηλεομοιότυπο.
- Αίτηση του ασφαλισμένου όπου θα αναγράφονται στοιχεία επικοινωνίας.
- Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου ασθενείας
- Πρότυπο γνωμάτευσης θεράποντος ιατρού.
- Τα δικαιολογητικά που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα έγγραφα των εν λόγω πρότυπων γνωματεύσεων.
- Οποιοδήποτε στοιχείο ή εξέταση που να πιστοποιεί τη νόσο για φάρμακα που δεν περιγράφονται στο έγγραφο.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

## ΠΡΟΤΥΠΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΝΟΣΟ GAUCHER

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b> Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p><b><u>Προς</u></b> <b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b> <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ</b> <b>ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b> <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαγίων, δοσολογία):</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγούμενη θεραπεία:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του σκευάσματος ..... στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1.Τεκμηρίωση της νόσου (μόνο για την πρώτη φορά) με έλεγχο β-γλουκοσερεβροσιδάσης (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ή από άλλο κέντρο) ή με έλεγχο DNA για γονότυπο</p> <p>2. Πρόσφατη μέτρηση χιτοτριοσιδάσης</p> <p>3.Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος</p> <p>4.Πρόσφατη αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα κοιλίας</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ZAVESCA

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για τα φάρμακα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαγγίων):</p> <p>Zavesca* <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Δοσολογία:</p> <p><small>*Όταν χορηγείται σε νόσο νόσο Niemann-Pick τύπου C (για χορήγηση σε νόσο Gaucher χρησιμοποιείται η αντίστοιχη γνωμάτευση για τη νόσο Gaucher)</small></p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ..... στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια:</u></b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p> <p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Εξετάσεις που τεκμηριώνουν τη νόσο ή την υποτροπή αυτής. 2. Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ REPLAGAL, ΜΥΟΖΥΜΕ, FABRAΖΥΜΕ, ELAPRASE, ALDURAZΥΜΕ

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού:</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ</b>  <b>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία):</p> <p>Replagal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Myozyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fabrazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Elaprase..... <input type="checkbox"/></p> <p>Aldurazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του..... στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια:</u></b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Στοιχεία τεκμηρίωσης της νόσου από το ιστοιούτο υγείας του παιδιού ή άλλο κέντρο του εσωτερικού ή εξωτερικού.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)



## ΠΡΟΤΥΠΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ REMODULIN

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ</b>  <b>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλαγίων, δοσολογία):</p> <p>Remodulin..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του σκευάσματος. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια:</u></b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Triplex καρδιάς (με μέτρηση κεντρικής πίεσης).  2. Ακτινογραφία θώρακος ή πόρισμα αυτής.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ FORSTEO /PREOTACT

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλέφωνο θεράποντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ</b>  <b>ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης τεριπαρατίδης ή ανθρώπινης παραθορμόνης.  Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	
<p><b><u>Ενδείξεις για τις οποίες χορηγείται το φάρμακο (να γίνει επιλογή).</u></b></p> <p>7. Εγκεκριμένες ενδείξεις Forsteo:</p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα. <input type="checkbox"/></p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με παρατεταμένη και συστηματική θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή σε γυναίκες και άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα <input type="checkbox"/></p> <p>8. Εγκεκριμένες ενδείξεις Preotact:</p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων <input type="checkbox"/></p>	
<p><b><u>Στοιχεία Θεραπείας</u></b></p> <p>9. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>Forsteo <input type="checkbox"/></p> <p>Preotact <input type="checkbox"/></p> <p>Σε περίπτωση προηγούμενης χορήγησης να αναγραφεί η ημερομηνία έναρξης της θεραπείας:</p> <p>Αριθμός ενέσεων (Forsteo/Preotact) που έχει λάβει ήδη ο ασθενής:</p> <p>Αιτούμενο διάστημα αγωγής:</p>	
<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></b></p> <p>10.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p>	

A. Αποτέλεσμα πρόσφατης (τελευταίου έτους) μέτρησης οστικής πυκνότητας:

T-score:

(Σημ. Προϋπόθεση για τη χορήγηση είναι η ύπαρξη T-score <-2.5)

Αποτέλεσμα προηγούμενης μέτρησης (πριν από την πρόσφατη) οστικής πυκνότητας (εάν υπάρχει)

T-score:

B. Προηγούμενες αγωγές της οστεοπόρωσης σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων

B1. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:

i. Από του στόματος

ii. Παρεντερική χορήγηση

iii. Δυσανεξία σε διφωσφονικά

ή αντένδειξη χορήγησης:

Εάν ναι ,αναφέρατε:.....

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό Διάστημα αγωγής:

B2. Προηγούμενη θεραπεία με ρανελικό στρόντιο, ραλοξιφαίνη, denosumab:

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό διάστημα αγωγής:

Γ. Πρόσφατη μέτρηση ΡΤΗ:

Τιμή ΡΤΗ: Φυσιολογικές τιμές εργαστηρίου:-----

Δ. Υπάρχουν οστικά κατάγματα;

Ναι

Όχι

(Σε περίπτωση καταγμάτων να προσκομιστεί ο ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση).

(Σημ. 1.Η θεραπεία με teriparatide ή parathyroid hormone δεν είναι αγωγή ενάρξεως θεραπείας οστεοπόρωσης

2.Η προηγούμενη χορήγηση καλσιτονίνης ενδορινικά δεν είναι δόκιμη αγωγή για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης βάσει σχετικού εγγράφου του ΕΟΦ)

**Επισυναπτόμενα:**

1.Μέτρηση οστικής πυκνότητας.

2.Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση

3.Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ SYNAGIS

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Προς
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:	<b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>
<b>Βεβαίωση για την χορήγηση του ιδιοσκευάσματος Synagis</b>	
<b>Στοιχεία ασφαλισμένου</b>	
1. Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
1. ΑΜΚΑ	
2. Α.Μ.	
3. ΤΑΜΕΙΟ:	
<b>Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση του βρέφους και την φαρμακευτική αγωγή.</b>	
Ημερομηνία γέννησης	
Εβδομάδα κύησης της μητέρας	
Βάρος γέννησης του νεογνού-βρέφους	
Σημερινό βάρος του νεογνού-βρέφους	
Διάγνωση κατά την έξοδο **	
Δόσεις Synagis που χορηγήθηκαν / ημερομηνίες χορήγησης (συμπεριλαμβανομένων των δόσεων που χορηγήθηκαν εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος):	
Άλλη φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε κατά τη νοσηλεία:	
Φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται σήμερα:	
Αριθμός δόσεων που καλύπτει η παρούσα αίτηση:	
ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
<b>ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ</b>	
1. Αιτήσεις για τη χορήγηση του φαρμάκου γίνονται δεκτές εντός της περιόδου RSV (01 Νοέμβριου- τέλη Μαρτίου) (και όχι κατά την έξοδο από το μαιευτήριο για πιθανή επόμενη περίοδο)	
2. Στις περιπτώσεις διδύμων ή τριδύμων κυήσεων η έγκριση της Επιτροπής, καθώς και η χορήγηση του φαρμάκου θα γίνεται σε μηνιαία βάση, για αυτό απαιτείται γνωμάτευση μηνιαίου πρόσφατου βάρους σώματος των μωρών	
3. Το εγκεκριμένο δοσολογικό σχήμα είναι 15 mg/kg βάρους σώματος.	
4. Επειδή, σύμφωνα με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα και την άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου «Το πλεονέκτημα της προστασίας από το SYNAGIS με περισσότερες από 5 δόσεις δεν έχει τεκμηριωθεί», ο οργανισμός θα χορηγεί έως 5 μηνιαίες δόσεις.	
<b>Επισυναπτόμενα:</b>	
1) Φωτοτυπία της αντίστοιχης περιοχής του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού των σελίδων που περιλαμβάνουν την ημερομηνία γέννησης καθώς και της εξέτασης κατά την έξοδο.	
2) Σε περιπτώσεις βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας (ΒΠΔ) απαιτούνται σχετικές φωτοτυπίες του περιγενετικού ιστορικού ή των αντίστοιχων σελίδων του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού. Επίσης, όπου απαιτούνται, φωτοτυπίες από το βιβλιάριο ασθένειας που αποδεικνύουν τη χορήγηση εισπνεόμενων σκευασμάτων για τη ΒΠΔ τους τελευταίους έξι μήνες.	

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το/α φάρμακο/α (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλαγίων, δοσολογία):</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγηθείσες θεραπείες:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ..... στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p>Προϋποθέσεις και Κριτήρια:</p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Αξονική τομογραφία (πόρισμα): <input type="checkbox"/></p> <p>Βιοψία (πόρισμα): <input type="checkbox"/></p>
	<p>Αναφορά σε καρκινικούς δείκτες:</p> <p>Προηγηθείσες θεραπείες:</p> <p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Πρόσφατο πόρισμα αξονικής τομογραφίας</p> <p>2. Πόρισμα βιοψίας.</p> <p>3. Συνταγή γιατρού.</p> <p>4. Καρκινικοί δείκτες.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΒΟΤΟΧ/ΔΥΣΡΟΤ

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο: <input type="checkbox"/></p> <p>Κρατικό Νοσοκομείο: <input type="checkbox"/></p> <p>Ιδιώτης: <input type="checkbox"/></p> <p>Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ: <input type="checkbox"/></p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή (ιατρού &amp; φορέα)</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p><u>Προς</u></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ</b>  <b>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ. :</p> <p>3. ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Ονοματεπώνυμο</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ηλικία (Έτος Γέννησης):</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το σκεύασμα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαγίων):</p> <p>Botox <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Dysport <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Χορήγηση για 1<sup>η</sup> φορά: <input type="checkbox"/></p> <p>Συνεχιζόμενη θεραπεία: <input type="checkbox"/>  (Ημερομηνία τελευταίας λήψης: )</p> <p>Εμπειρία ασθενούς από παλαιότερη χορήγηση: <input type="checkbox"/>  .....</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του .....</p> <p>Ως φάρμακο περιορισμένης χρήσης: «για αποκλειστική νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη εξειδίκευση και εμπειρία».</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></b></p> <p>8.Ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το φάρμακο από τον ασφαλιστικό φορέα</p> <p>-Ιδιοπαθής (περιστροφική) αυχενική δυστονία-σπαστικό ραιβόκρανο ενηλίκων <input type="checkbox"/></p> <p>-Βλεφαρόσπασμος/ημίσπασμος προσώπου ενηλίκων <input type="checkbox"/></p> <p>-Εστιακή σπαστικότητα που σχετίζεται με δυσμορφία άκρου ποδός (ιπποποδία) από εγκεφαλική παράλυση παιδιών από 2 ετών ή μεγαλύτερα <input type="checkbox"/></p> <p>-Εστιακή σπαστικότητα καρπού και χεριού σε ενήλικες μετά από Α.Ε.Ε. <input type="checkbox"/></p> <p>-Ακράτεια ούρων σε ενήλικες με νευρογενή υπερδραστηριότητα του εξωστήρα (νευρογενής ουροδόχος κύστη) λόγω κάκωσης νωτιαίου μυελού κάτωθεν αυχενικής μοίρας ή ΣΚΠ. <input type="checkbox"/></p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>-Πόρισμα MRI/CT απεικόνισης σε ΑΕΕ <input type="checkbox"/></p>
<p>Σημείωση:</p> <p>1. Τα σκεύασμα Botox &amp; Dysport προορίζονται για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό και κατάλληλη ειδίκευση και εμπειρία.</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία:

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράπωντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο Macugen ( Pegartanib <input type="checkbox"/>)</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό                      Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό                      Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό                      Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό                      Αριθμός:</p> <p>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του pegartanib στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς)</p> <p>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά Με υγρού τύπου ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) <input type="checkbox"/></p> <p>Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p>
	<p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε: Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1<sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)





	<p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε: Δεξιό οφθαλμό [ ] Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό [ ] Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p> <p>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια) σε: Δεξιό οφθαλμό [ ] Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό [ ] Ημερομηνία:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1<sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράπωντος:</p>	<p><b><u>Προς</u></b>  <b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ</b>  <b>ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο  VISUDYNE (verteporfin) <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε  Δεξιό οφθαλμό                      Ημερομηνία:  Αριστερό οφθαλμό                      Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός χορηγήσεων που έχει λάβει ο  ασθενής σε:  Δεξιό οφθαλμό                      Αριθμός:  Αριστερό οφθαλμό                      Αριθμός:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες για την νόσο:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία  προέγκρισης και χορήγησης του verteporfin.  Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον  ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς  για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει  να συμπληρωθούν για το σχετικό οφθαλμό  (οφθαλμούς)</p> <p>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:  -εξιδρωματική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση ωχράς  κηλίδος με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή  χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) <input type="checkbox"/>  - υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει  προκληθεί από παθολογική μυωπία. <input type="checkbox"/></p> <p>Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας</p>
	<p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει  φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις  αντενδείξεις. ....</p> <p>.....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:  Δεξιός  οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερός  Οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα:  1.Φλουοραγγειογραφία για 1<sup>η</sup> χορήγηση  2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ /ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΡΑΔΙΟΦΑΡΜΑΚΑ

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ Ημερομηνία: Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:	<u>Προς</u> <b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b> <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ</b> <b>ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b> <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>
<b>Βεβαίωση για την χορήγηση ραδιοφαρμάκου</b>	
<b><u>Α.Στοιχεία ασφαλισμένου/ης</u></b>	
1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
2.ΑΜΚΑ	
3.Α.Μ.	
<b><u>Β.Ιδιοσκέυασμα που πρέπει να χορηγηθεί:</u></b>	
<b><u>Γ. Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση της ασθενούς και την φαρμακευτική αγωγή.</u></b>	
Νόσημα	
Φαρμακευτική αγωγή όπου έχει υποβληθεί ο ασθενής.	
Έχει γίνει ακτινοθεραπεία	ΝΑΙ <input checked="" type="checkbox"/> ΟΧΙ <input checked="" type="checkbox"/>
Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας χορήγησης του ραδιοφαρμάκου/ δόσεις που έχουν χορηγηθεί.	
<b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b> Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ραδιοφαρμάκου. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.	
ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
<b>ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ</b>	
1.Γνωμάτευση και Films (πρωτότυπα ή ευανάγνωστα αντίγραφα) σπινθηρογραφήματος οστών (απαραίτητη προϋπόθεση σπινθηρογράφημα οστών τελευταίου διμήνου) 2. Πόρισμα CT ή MRI, εάν υπάρχει. 3.Πρόσφατος αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος (αιμοπετάλια, λευκά αιμοσφαίρια, κρεατινίνη, ουρία). 4.Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας όπου θα φαίνονται τα στοιχεία του ασφαλισμένου (όνομα, επίθετο, αρ. μητρώου και η σχετική θεώρησή του). 5.Ιστολογική εξέταση που να πιστοποιείται η νόσος .	

## ΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><b>Προς</b> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p><b>Στοιχεία ασθενούς</b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Όνοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b>Στοιχεία θεραπείας</b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο:</p> <p>(Να συμπληρωθούν εμπορική ονομασία, μορφή, περιεκτικότητα, δοσολογία και οδός χορήγησης &amp; αριθμός εμβλαλαγιών)</p> <p>.....</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγούμενη Θεραπεία:</p>
<p><b>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ..... στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</b></p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση.....</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες που έχει λάβει ο ασθενής για το συγκεκριμένο νόσημα</p> <p>.....</p>
	<p><b>Επισυναπτόμενα:</b></p> <p>1.Εξετάσεις που τεκμηριώνουν το νόσημα και την ανταπόκριση του ασθενούς. 2.Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)