



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 25 Ιανουαρίου 2012

Αρ. Πρωτ.: 4305

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών Υγείας  
Δ/νση: Φαρμάκου  
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής  
Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου- Π. Πατεράκης  
Τηλ.:210-6871718 Fax: 210-6871792  
Ταχ. Δ/νση: Κηφισίας 39, 151 23 Μαρούσι  
E-mail: [d6@eopyy.gov.gr](mailto:d6@eopyy.gov.gr)

**ΠΡΟΣ**

1. Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ
2. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ
3. ΕΤΑΑ  
Μάρνη 22, 10431 Αθήνα
4. ΤΑΥΤΕΚΩ  
Πατησίων 54, 10682 Αθήνα
5. ΕΤΑΠ-ΜΜΕ  
Καλλιρόης 5 & Περραιβού 20  
11743, Ν. Κόσμος
6. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος  
Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854 Αθήνα
7. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος  
Πλουτάρχου 3, 10675 Αθήνα
8. Τμήμα Ανάπτυξης και Υποστήριξης  
Υπηρεσιών  
Υπ' όψιν κου Παπανικολάου

**Θέμα: «Σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τα Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Αθήνας και Θεσσαλονίκης»**

Σχετικά:

1. Απόφαση ΔΣ ΕΟΠΥΥ υπ' αριθμ. 833/συνεδρίαση 75/20-11-2012.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού (1) οι ήδη υφιστάμενες Υγειονομικές Επιτροπές συνεχίζουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σύμφωνα με τις σχετικές αποφάσεις σύστασής τους και, συγκεκριμένα:

Οι Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους γνωματεύουν για την αναγκαιότητα θεραπειών με φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα καθώς και με φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων, ενώ αποτελούνται από ιατρούς σχετικής με την νόσο ειδικότητας καθώς και από φαρμακοποιό έργο του οποίου είναι η παροχή πάσης φύσεως πληροφορίας που σχετίζεται με τα ιδιοσκευάσματα και τις εγκεκριμένες τους ενδείξεις καθώς και η ενημέρωση σχετικά με το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τη χορήγηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Τα περιστατικά που εξετάζονται αφορούν σε εξωτερικούς ασθενείς, σε φάρμακα που χορηγούνται κατά τη διάρκεια νοσηλείας αλλά χορηγούνται από τα φαρμακεία του Οργανισμού και σε ορφανά φάρμακα σπανίων παθήσεων.

Στην παρούσα φάση βρίσκονται σε λειτουργία δύο Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Στις συγκεκριμένες επιτροπές εξετάζονται τα παρακάτω ιδιοσκευάσματα **και μόνον για τις εγκεκριμένες τους ενδείξεις:**

<b>ΦΑΡΜΑΚΟ</b>	<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>
ΒΟΤΟΧ	ΒΟΤULINUM ΤΟXIN	ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝΤ
BUSILVEX	BUSULFAN	ΣΟΥΛΦΟΝΟΥΧΑ ΑΛΚΥΛΙΑ
CAYSTON	AZTREONAM LYSINE	ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ
CEREZYME	IMIGLUCERASE	ΕΝΖΥΜΑ
DYSPORT	ΒΟΤULINUM ΤΥΡΕ Α ΤΟXIN ΗΑΕΜΑΓLUTININ COMPLEX	ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΣ ΔΡΩΝΤ
EVOLTRA	CLOFARABINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ
ELAPRASE	IDURSULFASE	ΕΝΖΥΜΑ
FABRAZYME	ΑGALSIDASE	ΑΛΛΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΔΟΥ, ΕΝΖΥΜΑ
FORSTEO	ΤΕΡΙΡΑΤΙΔΕ	ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΩΝΤΑ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ
ILARIS	CANAKINUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΟ
ΚΕΡΙVANCE	PALIFERMIN	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
LUCENTIS	RANIBIZUMAB	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
MACUGEN	PEGAPTANIB SODIUM	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
ΜΥΟΖΥΜΕ	ΑLGUCOSIDASE Α	ΑΛΛΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΔΟΥ, ΕΝΖΥΜΑ
PREOTACT	ΠΑΡΑΤΗΥΡΟΙΔ ΗΟΡΜΟΝΕ	ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΩΝΤΑ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ
REPLAGAL	ΑGALSIDASE	ΑΛΛΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΟΔΟΥ, ΕΝΖΥΜΑ
REMODULIN	ΤΡΕΠΡΟΣΤΙΝΙΛ SODIUM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
SPRYCEL	DASATINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ

SYNAGIS	PALIVIZUMAB	ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV)
TASIGNA	NILOTINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ
TORISEL	TEMSIROLIMUS	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ
TRISENOX	ARSENIC TRIOXIDE	ΑΛΛΟΙ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
YONDELIS	TRABECTEDIN	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ
ZAVESCA	MIGLUSTAT	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
ΡΑΔΙΟΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ		

Για κάθε περίπτωση σκευάσματος που εξετάζεται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού κόστους του ΕΟΠΥΥ απαιτείται η υποβολή ορισμένων δικαιολογητικών τα οποία επισυνάπτονται (Παράρτημα Α) και πρέπει να συμπληρώνονται σωστά προκειμένου να αποφεύγονται καθυστερήσεις. Στο τέλος κάθε γνωμάτευσης αναγράφονται τα δικαιολογητικά που πρέπει να υποβληθούν στη γραμματεία των Επιτροπών. Επισημαίνεται ότι η ορθή προσκόμιση των δικαιολογητικών διασφαλίζει την αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων του Οργανισμού και την ταχεία έκδοση της απόφασης της Επιτροπής.

Όσον αφορά στους θεράποντες ιατρούς, αυτοί οφείλουν:

- Να συμπληρώνουν την πρότυπη γνωμάτευση που αφορά στο κάθε φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα. Οι γνωματεύσεις του Παραρτήματος Α του παρόντος εγγράφου θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ ([www.eopyy.gov.gr](http://www.eopyy.gov.gr)). Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί ώστε να συμπληρώνονται όλα τα πεδία που αναφέρονται στις γνωματεύσεις προκειμένου οι ιατροί της επιτροπής να έχουν διαθέσιμες όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες.
- Σε περίπτωση φαρμάκων εξωτερικού ή φαρμάκων για τα οποία δεν υπάρχει ειδική γνωμάτευση να χρησιμοποιούν γενικό έντυπο γνωμάτευσης (επισυνάπτεται).
- Να δίδουν στους ασφαλισμένους όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά τα οποία προβλέπονται σε αυτές τις γνωματεύσεις και αποδεικνύουν τη νόσο ώστε να υποβάλλονται στις επιτροπές. Οποιαδήποτε άλλη οδηγία αντικαθίσταται από τα οριζόμενα στις γνωματεύσεις του παρόντος εγγράφου.

Περιστατικά νοσηλευόμενων ασθενών τα οποία θα παραπέμπονται στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ λόγω αδυναμίας των φαρμακείων των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων να χορηγήσουν τα σκευάσματα του ανωτέρω Πίνακα θα εξετάζονται από τις αρμόδιες Επιτροπές **μόνον** εφ' όσον έχει συμπληρωθεί ορθά η πρότυπη γνωμάτευση και φαίνεται όλο το ιστορικό χορηγήσεων σε κάθε ασθενή.

Μη σαφείς περιπτώσεις διαγνώσεων ασφαλισμένων που προσέρχονται με συνταγές προς εκτέλεση στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ δύνανται να παραπέμπονται στις εν λόγω Επιτροπές προς έγκριση.

Τα αποτελέσματα των επιτροπών θα κοινοποιούνται από την γραμματεία της επιτροπής προς τους ασφαλισμένους/ τις Μονάδες Υγείας μέσα σε 6 εργάσιμες ημέρες από την εξέταση των περιστατικών. Στις Μονάδες Υγείας θα πρέπει να κρατείται αρχείο με τις υποθέσεις που αποστέλλονται στις επιτροπές, μέσω του οποίου οι υπεύθυνοι υπάλληλοι θα παρακολουθούν την έκβασή τους ώστε η παροχή των αποτελεσμάτων στους ασφαλισμένους να γίνεται το συντομότερο δυνατό, χωρίς καθυστερήσεις.

**Στοιχεία επικοινωνίας:**

**Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Αθηνών:** Αγίου Κωνσταντίνου 16, 10241, Αθήνα (τηλέφωνο: 210-5213663, τηλεμοιότυπος: 210-5220768).

**Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Θεσσαλονίκης:** Αριστοτέλους 19, 54624 Θεσσαλονίκη (τηλέφωνο: 2310-254334, τηλεμοιότυπος: 2310-254355).

Επισημαίνεται το γεγονός ότι περιστατικά ασφαλισμένων που παρακολουθούνται από ιατρούς Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του νομού Θεσσαλονίκης μπορούν να εξετάζονται από την Επιτροπή Θεσσαλονίκης.

Οι πρότυπες γνωματεύσεις θα είναι διαθέσιμες στους ιατρούς μέσω του e-diagnosis.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

**1.Υπουργείο Υγείας**

- Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού  
- Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης  
Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ

**2. Γραφείο Προέδρου**

**3. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'**

**4. Γραφείο Αντιπροέδρου Β'**

**5.Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος**

Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854 Αθήνα

**6. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)**

**7. ΤΑΥΤΕΚΩ ΕΤΒΑ**

Γ' Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

**8. ΤΑΥΤΕΚΩ -Τομέας Προσωπικού Εμπορικής Τραπεζικής Ελλάδος**

Γ' Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

**9. ΤΑΥΤΕΚΩ-Ταμεία Ασθενείας Προσωπικού Πίστωσης Γενική & American Express**

Πατησίων 54, β' όροφος, 10682 Αθήνα

**10. ΗΔΙΚΑ ΑΕ**

Λ. Συγγρού 101 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα

**11. Γραφείο Γενικού Διευθυντή**

**12. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ:**

- 1.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας (Αλ. Παναγούλη 91, 14234 Ν. Ιωνία)
- 2.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ομόνοιας (Αγίου Κωνσταντίνου 16, 10241 Ομόνοια)
- 3.Φαρμακείο Πειραιά (Μπουμπουλίνας 7-13, 18535 Πειραιάς)
- 4.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρέντη (Πειραιώς 167, 18233 Ρέντης)
- 5.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Γκύζη (Ασωπίου 4 και Παράσχου, Γκύζη)
- 6.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης (Αριστοτέλους 19, 54624 Θεσσαλονίκη)

**Φαρμακεία υπόλοιπης Ελλάδος:**

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τούμπας (Τζουμαγιάς 64, 54351 Θεσσαλονίκη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πάτρας (Γιαννιτσών 3, 26222 Πάτρα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ιωαννίνων (Παύλου Μελά 34, 45100 Ιωάννινα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λάρισας ((Ρούσβελετ 4, 41222 Λάρισα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λαμίας (Θερμοπυλών 77, 35100 Λαμία)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τρίπολης (2ο χιλ. Τρίπολης - Σπάρτης, 22100 Τρίπολη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ηρακλείου (3ο χιλ. Εθνικής οδού Ηρακλείου – Μοιρών, Εσταυρωμένος, 71500 Ηράκλειο)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρόδου (3ο χιλ. Εθνικής Οδού Ρόδου – Λίνδου, 85100 Ρόδος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Μυτιλήνης (Πλατεία Μαρτύρων 81100 Μυτιλήνη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κομοτηνής (Υψηλάντου 2, 69100 Κομοτηνή)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πύργου (Τάκη Πετροπούλου 8, 27100 Πύργος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καβάλας (Φιλικής Εταιρείας 6, 65403 Καβάλα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Σερρών (Πριγκ. Χριστοφόρου 25, 62 122 – Σέρρες)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Βόλου (Θρακών 20, 38 333 - Βόλος )

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κέρκυρας (9η Παρ. Ι. Θεοτόκη, 49 100 – Κέρκυρα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πρέβεζας (Σελευκείας 9, 48100 Πρέβεζα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Χανίων (Λ. Καραμανλή 99, 73100 Χανιά).

**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ VISUDYNE

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντα:</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.Ονοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>VISUDYNE (verteporfin)</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας</p> <p>Δεξιό οφθαλμό                      Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό                Ημερομηνία:</p> <p>Αριθμός χορηγήσεων που έχει λάβει ο ασθενής:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό                      Αριθμός:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό                Αριθμός:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του verteporfin στον ασφαλισμένο. 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 για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς)</p> <p>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-εξιδρωματική (υγρή) ARMD με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) <input type="checkbox"/></li> <li>- υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία. <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας</p>
	<p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Και Οπτική οξύτητα ίση τουλάχιστον με 1/10</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ VISUDYNE

	Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αρχική οπτική οξύτητα:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1 <sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ  
(σφραγίδα- υπογραφή)

**ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΟ  
ΕΝΤΥΠΟ**

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντα:</p>	<p><b>Προς</b> <b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b> <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ</b> <b>ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b> <b>ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b>Στοιχεία ασθενούς</b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Ονοματεπώνυμο 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)</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>Δεν υπάρχουν άλλες εγκεκριμένες θεραπείες για το συγκεκριμένο νόσημα <input type="checkbox"/></p>
	<p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Εξετάσεις που τεκμηριώνουν το νόσημα και την ανταπόκριση του ασθενούς. 2.Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)



**ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ZAVESCA, KERIVANCE, TRISENOX, BUSILVEX, EVOLTRA,  
CEREZYME**

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού- αιματολόγου</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>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για τα φάρμακα:</p> <p>Zavesca..... <input type="checkbox"/></p> <p>Kerivance..... <input type="checkbox"/></p> <p>Trisenox..... <input type="checkbox"/></p> <p>Busilvex..... <input type="checkbox"/></p> <p>Evoltra..... <input type="checkbox"/></p> <p>Cerezyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης ..... στον ασφαλισμένο. 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>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.</p> <p>2. Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΤΟΧ/DYSPORT

<p style="text-align: center;"><b>Εκδίδεται από:</b></p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντα:</p>	<p><u>Προς</u></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.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για το σκεύασμα</p> <p>Botox <input type="checkbox"/></p> <p>Dysport <input type="checkbox"/></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 .....</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>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί με:</p> <p>Βλεφαρόσπασμο <input type="checkbox"/></p> <p>Νευρολογικό Νόσημα (περιγραφή νόσου):</p> <p>Μασχαλιαία υπεριδρωσία <input type="checkbox"/></p> <p>Πόρισμα μαγνητικής/αξονικής τομογραφίας (σε νευρολογικά περιστατικά):</p>
	<p>Μύες όπου θα γίνει θεραπεία/ποσότητα:</p> <p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1.Πόρισμα αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου (σε νευρολογικά περιστατικά) .</p> <p>2. Συνταγή γιατρού.</p>
<p>Σημείωση:</p> <p>1. Τα σκευάσματα Botox &amp; Dysport προορίζονται για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό και κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FORSTEO &amp; PREOTACT

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλέφωνο θεράπωντα:</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 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</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> <p>Α. Αποτέλεσμα πρόσφατης (τελευταίου έτους) μέτρησης οστικής πυκνότητας:</p> <p>T-score:</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FORSTEO &amp; PREOTACT

<p>Θεραπείας:</p> <p>Αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ήδη ο ασθενής:</p> <p>Αιτούμενο διάστημα αγωγής:</p>	<p>(Σημ. Προϋπόθεση για τη χορήγηση είναι η ύπαρξη T-score &lt;-2.5)</p> <p><b><u>B. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:</u></b></p> <p><b><u>B1. Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων</u></b></p> <p>i. Από του στόματος <input type="checkbox"/></p> <p>ii. Παρεντερική χορήγηση <input type="checkbox"/></p> <p>iii. Δυσανεξία σε διφωσφονικά <input type="checkbox"/></p> <p>ή αντένδειξη χορήγησης:</p> <p>Εάν ναι ,αναφέρατε:.....</p> <p>Αποτελεσματικότητα θεραπείας:</p> <p>Σκεύασμα:</p> <p>Χρονικό Διάστημα αγωγής:</p> <p><b><u>B2. Προηγούμενη θεραπεία με ρανελικό στρόντιο, ραλοξιφαίνη, denosumab:</u></b></p> <p>Αποτελεσματικότητα θεραπείας:</p> <p>Σκεύασμα:</p> <p>Χρονικό διάστημα αγωγής:</p> <p>Υπάρχουν οστικά κατάγματα;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> <p>(Σε περίπτωση καταγμάτων να προσκομιστεί ο ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση).</p> <p>(Σημ. Η θεραπεία με teriparatide ή parathyroid hormone δεν είναι αγωγή ενάρξεως θεραπείας οστεοπόρωσης)</p>
<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Μέτρηση οστικής πυκνότητας.</p> <p>2. Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση</p> <p>3. Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ GAUCHER

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντα:</p>	<p><b>Προς</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.Ονοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο:</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 των φαρμάκων 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 χιτοτρισιδάσης</p> <p>3.Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος</p> <p>4.Πρόσφατη αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα κοιλίας</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ LUCENTIS

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντα:</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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>Lucentis (ranibizumab) <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας</p> <p>Δεξιό οφθαλμό                      Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό                Ημερομηνία:</p> <p>Αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής</p> <p>Δεξιό οφθαλμό                      Αριθμός:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό                Αριθμός:</p>
<p><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ranibizumab 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 για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς)</p> <p>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά</p> <p>Με ARMD <input type="checkbox"/></p> <p>Με διαβητική ωχροπάθεια <input type="checkbox"/></p> <p>Με απόφραξη κεντρικής φλέβας <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>Και Οπτική οξύτητα ίση ή καλύτερη από 1/10</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p> <p>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ LUCENTIS

	ωχροπάθεια) Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1 <sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ MACUGEN

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντα:</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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας 7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>Macugen ( Pegartanib) <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας Δεξιό οφθαλμό                      Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό                Ημερομηνία:</p> <p>Αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής Δεξιό οφθαλμό                      Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό                Αριθμός:</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>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</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>Και Οπτική οξύτητα ίση ή καλύτερη από 1/10 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</p>



## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ MACUGEN


	2.0CT (πρόσφατη κάθε φορά).
--	-----------------------------

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ REMODULIN

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο:</p> <p>Remodulin..... </p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης .....  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>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p>
	<p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p> <p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Τρίplex καρδιάς (με μέτρηση κεντρικής πίεσης).</p> <p>2. Ακτινογραφία θώρακος ή πόρισμα αυτής.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ Replagal, Myozyme, Fabrazyme, Elapraxe

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού-νευρολόγου</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.Ονοματεπώνυμο Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για τα φάρμακα:</p> <p>Replagal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Myozyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fabrazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Elapraxe..... <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>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>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Στοιχεία τεκμηρίωσης της νόσου από το ινστιτούτο υγείας του παιδιού ή άλλο κέντρο του εσωτερικού ή εξωτερικού.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ SPRYCEL &amp; TASIGNA

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντα:</p>	<p><b>Προς</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>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 ιδιοσκεύασμα:</p> <p>Sprycel <input type="checkbox"/></p> <p>Tasigna <input type="checkbox"/></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.</p> <p>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>Αντίσταση ή δυσανεξία σε προηγούμενη θεραπεία: - <input type="checkbox"/></p> <p>Αναφέρατε:.....</p> <p>Μοριακός έλεγχος <input type="checkbox"/></p> <p>Καρυοτυπικός έλεγχος <input type="checkbox"/></p> <p>Αποτέλεσμα ελέγχου:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Πρόσφατος μοριακός ή καρυοτυπικός έλεγχος.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ torisel, yondelis

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα ιατρού</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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για τα φάρμακα:</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</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>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Πόρισμα βιοψίας</p> <p>2. Πόρισμα αξονικής</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα 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.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για τα φάρμακα:</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>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>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>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 ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ SYNAGIS

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Προς  <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.Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
1.ΑΜΚΑ	
2.Α.Μ.	
<b>Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση του βρέφους και την φαρμακευτική αγωγή.</b>	
Ημερομηνία γέννησης	
Εβδομάδα κύησης της μητέρας	
Βάρος γέννησης του μωρού	
Σημερινό βάρος του μωρού*	
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	
ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
<b>ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ</b> 1.Στις περιπτώσεις διδύμων ή τριδύμων κήσεων 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 2. το εγκεκριμένο δοσολογικό σχήμα είναι 15 mg/kg βάρους σώματος.  3. 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 <u>5 μηνιαίες δόσεις</u> .  *Το πρόσφατο βάρος γνωστοποιείται με φωτοτυπία της αντίστοιχης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού ή με σχετική βεβαίωση του θεράποντος ιατρού (παιδιάτρου).	

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΑΓΙΣ

\*\* 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 ασθενοείας που αποδεικνύουν τη χρήση εισπνεόμενων συσκευασμάτων για τη ΒΠΔ τους τελευταίους έξι μήνες.



ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ

Προς

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**Βεβαίωση για την χορήγηση ραδιοφαρμάκου****Α.Στοιχεία ασφαλισμένης**

1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένης

2.ΑΜΚΑ

3.Α.Μ.

**Β.Ιδιοσκέυασμα που πρέπει να χορηγηθεί****Γ. Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση της ασθενούς και την φαρμακευτική αγωγή.**

Νόσημα

Φαρμακευτική αγωγή όπου έχει υποβληθεί ο ασθενής.

Έχει γίνει ακτινοθεραπεία

ΝΑΙ



ΟΧΙ



Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας χορήγησης του ραδιοφαρμάκου/ δόσεις που έχουν χορηγηθεί.

**Δήλωση συνταγογράφου ιατρού**

Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ραδιοφαρμάκου.

Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

- 1.Γνωμάτευση και Films σπινθηρογραφήματος οστών (απαραίτητη προϋπόθεση το τελευταίο σπινθηρογράφημα οστών) ή πόρισμα CT ή MRI, εάν έχει γίνει.
- 2.Πρόσφατος αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος (αιμοπετάλια, λευκά αιμοσφαίρια, κρεατινίνη, ουρία).
- 3.Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας όπου θα φαίνονται τα στοιχεία του ασφαλισμένου (όνομα, επίθετο, αρ. μητρώου και η σχετική θεώρησή του).
- 4.Ιστολογική εξέταση που να πιστοποιείται η νόσος .





Αθήνα, 04 Φεβρουαρίου 2013

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Αρ. Πρωτ.: 5297

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών Υγείας  
Δ/ση: Φαρμάκου  
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής  
Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου- Π. Πατεράκης  
Τηλ.:210-6871718 Fax: 210-6871792  
Ταχ. Δ/ση: Κηφισίας 39, 151 23 Μαρούσι  
E-mail: [d6@eopyy.gov.gr](mailto:d6@eopyy.gov.gr)

**ΠΡΟΣ**

1. Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ
2. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ
3. ΕΤΑΑ  
Μάρνη 22, 10431 Αθήνα
4. ΤΑΥΤΕΚΩ  
Πατησίων 54, 10682 Αθήνα
5. ΕΤΑΠ-ΜΜΕ  
Καλλιρόης 5 & Περραιβού 20  
11743, Ν. Κόσμος
6. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος  
Πλουτάρχου 3, 10675 Αθήνα
7. Τμήμα Ανάπτυξης και Υποστήριξης  
Υπηρεσιών  
Υπ' όψιν κου Παπανικολάου

**Θέμα: «Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τα Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Αθήνας και Θεσσαλονίκης»**

Σχετικά:

1. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου 4305/25-01-2013.
2. Απόφαση ΔΣ ΕΟΠΥΥ υπ' αριθμ. 833/συνεδρίαση 75/20-11-2012.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού (1) εγγράφου θα θέλαμε να διευκρινίσουμε τα εξής:  
Οι Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους εξετάζουν περιστατικά που αφορούν σε:

- α) σε εξωτερικούς ασθενείς,
- β) σε φάρμακα που χορηγούνται κατά τη διάρκεια νοσηλείας αλλά διατίθενται από τα φαρμακεία του Οργανισμού (σκευάσματα του Πίνακα 1α του ΦΕΚ 1003/Β/02-04-2012 διατίθενται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο 27454/11-06-2012 έγγραφο της Υπηρεσίας) και
- γ) σε ορφανά φάρμακα σπανίων παθήσεων.

Στον κατάλογο με τα ιδιοσκευάσματα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους συμπεριλαμβάνεται και το ιδιοσκεύασμα Visudyne.

Περιστατικά που αφορούν σε χορήγηση Synagis κατά τη διάρκεια νοσηλείας θα εξετάζονται από τις ανωτέρω Επιτροπές μόνον εφ' όσον τα Νοσοκομεία/Κλινικές έχουν βεβαιώσει εγγράφως ότι στερούνται και δεν έχουν τη δυνατότητα να χορηγήσουν το εν λόγω σκεύασμα καθώς και ότι δεν θα το χρεώσουν στον Οργανισμό.

Για τα σκευάσματα που εισάγονται μέσω ατομικών παραγγελιών εξακολουθεί να εφαρμόζεται η ίδια μέχρι σήμερα διαδικασία (έντυπο Α, έγκριση ΕΟΦ & Επιτροπής Φαρμάκων ΕΟΠΥΥ).

Το Παράρτημα Α, το οποίο περιλαμβάνει τις πρότυπες γνωματεύσεις και τα δικαιολογητικά, επισυνάπτεται εκ νέου **προς αντικατάσταση του προηγούμενου**.

### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

#### **1.Υπουργείο Υγείας**

- Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού  
- Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης  
Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ

#### **2. Γραφείο Προέδρου**

#### **3. Γραφείο Αντιπροέδρου Α΄**

#### **4. Γραφείο Αντιπροέδρου Β΄**

#### **5. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος**

Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854 Αθήνα

#### **6. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)**

#### **7. ΤΑΥΤΕΚΩ ΕΤΒΑ**

Γ΄ Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

#### **8. ΤΑΥΤΕΚΩ - Τομέας Προσωπικού Εμπορικής Τραπέζης Ελλάδος**

Γ΄ Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

#### **9. ΤΑΥΤΕΚΩ-Ταμεία Ασθενείας Προσωπικού Πίστωσης Γενική & American Express**

Πατησίων 54, β΄ όροφος, 10682 Αθήνα

#### **10. ΗΔΙΚΑ ΑΕ**

Λ. Συγγρού 101 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα

#### **11. Γραφείο Γενικού Διευθυντή**

#### **12. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ:**

1. Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας (Αλ. Παναγούλη 91, 14234 Ν. Ιωνία)

2. Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ομόνοιας (Αγίου Κωνσταντίνου 16, 10241 Ομόνοια)

3. Φαρμακείο Πειραιά (Μπουμπουλίνας 7-13, 18535 Πειραιάς)

4. Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρέντη (Πειραιώς 167, 18233 Ρέντης)

5. Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Γκύζη (Ασωπίου 4 και Παράσχου, Γκύζη)

6. Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης (Αριστοτέλους 19, 54624 Θεσσαλονίκη)

#### **Φαρμακεία υπόλοιπης Ελλάδος:**

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τούμπας (Τζουμαγιάς 64, 54351 Θεσσαλονίκη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πάτρας (Γιαννιτσών 3, 26222 Πάτρα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ιωαννίνων (Παύλου Μελά 34, 45100 Ιωάννινα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λάρισας ((Ρούσβετ 4, 41222 Λάρισα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λαμίας (Θερμοπυλών 77, 35100 Λαμία)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τρίπολης (2ο χιλ. Τρίπολης - Σπάρτης, 22100 Τρίπολη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ηρακλείου (3ο χιλ. Εθνικής οδού Ηρακλείου - Μοιρών, Εσταυρωμένος, 71500 Ηράκλειο)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρόδου (3ο χιλ. Εθνικής Οδού Ρόδου - Λίνδου, 85100 Ρόδος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Μυτιλήνης (Πλατεία Μαρτύρων 81100 Μυτιλήνη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κομοτηνής (Υψηλάντου 2, 69100 Κομοτηνή)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πύργου (Τάκη Πετροπούλου 8, 27100 Πύργος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καβάλας (Φιλικής Εταιρείας 6, 65403 Καβάλα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Σερρών (Πριγκ. Χριστοφόρου 25, 62 122 - Σέρρες)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Βόλου (Θρακών 20, 38 333 - Βόλος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κέρκυρας (9η Παρ. Ι. Θεοτόκη, 49 100 - Κέρκυρα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πρέβεζας (Σελευκείας 9, 48100 Πρέβεζα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Χανίων (Λ. Καραμανλή 99, 73100 Χανιά).

### **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

**ΕΛ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

**ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΟ  
ΕΝΤΥΠΟ**

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ZAVESCA, KERIVANCE, TRISENOX, BUSILVEX, EVOLTRA

<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.</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 τα φάρμακα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαγίων):</p> <p>Zavesca* <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Kerivance <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Trisenox <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Busilvex <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Evoltra <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Δοσολογία:</p> <p>*Όταν χορηγείται σε νόσο νόσο Niemann-Pick τύπου C (για χορήγηση σε νόσο Gaucher χρησιμοποιείται η αντίστοιχη γνωμάτευση για τη νόσο Gaucher)</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

**ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΖΑΝΕΣΚΑ, ΚΕΡΙΒΑΝΣΕ, ΤΡΙΣΕΝΟΧ, ΒΟΥΣΙΛΒΕΧ, ΕΒΟΛΤΡΑ**

(σφραγίδα- υπογραφή)



## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΤΟΧ/ΔΥΣΠΟΡΤ

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή ιατρού</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</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>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>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 .....</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>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί με:</p> <p>Υπάρχει πόρισμα μαγνητικής/αξονικής τομογραφίας (σε νευρολογικά περιστατικά) <input type="checkbox"/></p> <p>Μύες όπου θα γίνει θεραπεία/ποσότητα:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1.Πόρισμα αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου (σε νευρολογικά περιστατικά, <u>όπου απαιτείται</u>) .</p> <p>2. Συνταγή γιατρού.</p>
<p>Σημείωση:</p> <p>1. Τα σκευάσματα Botox &amp; Dysport προορίζονται για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό και κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FORSTEO &amp; PREOTACT

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</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 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><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> <p>Α. Αποτέλεσμα πρόσφατης (τελευταίου έτους) μέτρησης οστικής πυκνότητας:</p> <p>T-score:</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FORSTEO &amp; PREOTACT

<p>Αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ήδη ο ασθενής:</p> <p>Αιτούμενο διάστημα αγωγής:</p>	<p>(Σημ. Προϋπόθεση για τη χορήγηση είναι η ύπαρξη T-score &lt;-2.5)</p> <p><u>B. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:</u></p> <p><u>B1.Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων</u></p> <p>i. Από του στόματος <input type="checkbox"/></p> <p>ii.Παρεντερική χορήγηση <input type="checkbox"/></p> <p>iii.Δυσανεξία σε διφωσφονικά ή αντένδειξη χορήγησης: <input type="checkbox"/></p> <p>Εάν ναι ,αναφέρατε:.....</p> <p>Αποτελεσματικότητα θεραπείας:</p> <p>Σκεύασμα:</p> <p>Χρονικό Διάστημα αγωγής:</p> <p><u>B2. Προηγούμενη θεραπεία με ρανελικό στρόντιο, ραλοξιφαίνη,denosumab:</u></p> <p>Αποτελεσματικότητα θεραπείας:</p> <p>Σκεύασμα:</p> <p>Χρονικό διάστημα αγωγής:</p> <p>Υπάρχουν οστικά κατάγματα;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> <p>(Σε περίπτωση καταγμάτων να προσκομιστεί ο ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση).</p> <p>(Σημ. Η θεραπεία με teriparatide ή parathyroid hormone δεν είναι αγωγή ενάρξεως θεραπείας οστεοπόρωσης)</p>
<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1.Μέτρηση οστικής πυκνότητας.</p> <p>2.Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση</p> <p>3.Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ GAUCHER

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p><b>Προς</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>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 (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλαγίων, δοσολογία):</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 σκευάσματος ..... στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><b>Επισυναπτόμενα:</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

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ LUCENTIS

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. 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:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>Lucentis (ranibizumab) <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 ranibizumab 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</p> <p>Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/></p> <p>Με οίδημα ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/></p> <p>Με οίδημα ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας <input type="checkbox"/></p> <p>Με απόφραξη φλέβας <input type="checkbox"/></p> <p>αμφιβληστροειδούς <input type="checkbox"/></p> <p>Με χρήση φλουороαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p> <p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουороαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ LUCENTIS

	<p>αντενδείξεις:  .....  .....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε:  Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:  Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p> <p>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική  ωχροπάθεια) σε:  Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:  Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα:  1.Φλουοραγγειογραφία για 1<sup>η</sup> χορήγηση  2.OCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ MACUGEN

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. 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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>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:</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ MACUGEN

	Αριστερό οφθαλμό <span style="background-color: #808080; color: black;">          </span> Ημερομηνία: Αρχική οπτική οξύτητα:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1 <sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)



## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ VISUDYNE

<p><b><u>Εκδίδεται από:</u></b></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. 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 Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>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"/></p> <p>- 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>.....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:  Δεξιός</p>

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ VISUDYNE

	οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία:  Αριστερός Οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία:  Αρχική οπτική οξύτητα:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1 <sup>η</sup> χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ /ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ 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</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>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

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ Replagal, Myozyme, Fabrazyme, Elapraxe

<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</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>Replagal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Myozyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fabrazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Elapraxe..... <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 ινστιτούτο υγείας του παιδιού ή άλλο κέντρο του εσωτερικού ή εξωτερικού.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ SPRYCEL &amp; TASIGNA

<p><b>Εκδίδεται από:</b> Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><b>Προς</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>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 ιδιοσκεύασμα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαγγίων, δοσολογία):</p> <p>Sprycel <input type="checkbox"/></p> <p>Tasigna <input type="checkbox"/></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.</p> <p>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>Νεοδιαγνωσθείσα ΧΜΛ σε χρόνια φάση, θετική για χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας <input type="checkbox"/></p> <p>Αντίσταση ή δυσανεξία σε προηγούμενη θεραπεία: - <input type="checkbox"/></p> <p>Αναφέρατε:.....</p> <p>Μοριακός έλεγχος <input type="checkbox"/></p> <p>Καρυοτυπικός έλεγχος <input type="checkbox"/></p> <p>Αποτέλεσμα ελέγχου:</p>
	<p><b>Επισυναπτόμενα:</b></p> <p>1.Πρόσφατος μοριακός ή καρυοτυπικός έλεγχος.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ torisel, yondelis

<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</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 τα φάρμακα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαγίων, δοσολογία):</p> <p>Torisel <input type="checkbox"/></p> <p>Yondelis <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>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p>
	<p><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>1. Πόρισμα βιοψίας</p> <p>2. Πόρισμα αξονικής</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ 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.</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: 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 εμβολαγίων, 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 2. Πόρισμα βιοψίας. 3. Συνταγή γιατρού. 4. Καρκινικοί δείκτες.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ SYNAGIS

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Προς  <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.	
<b>Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση του βρέφους και την φαρμακευτική αγωγή.</b>	
Ημερομηνία γέννησης	
Εβδομάδα κύησης της μητέρας	
Βάρος γέννησης του μωρού	
Σημερινό βάρος του μωρού*	
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	
ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
<b>ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ</b> 1.Στις περιπτώσεις διδύμων ή τριδύμων κήσεων 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 2. το εγκεκριμένο δοσολογικό σχήμα είναι 15 mg/kg βάρους σώματος.  3. 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 <u>5 μηνιαίες δόσεις</u> .  *Το πρόσφατο βάρος γνωστοποιείται με φωτοτυπία της αντίστοιχης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού ή με σχετική βεβαίωση του θεράποντος ιατρού (παιδιάτρου).	



## ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΑΓΙΣ

\*\* 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 ασθευείας που αποδεικνύουν τη χρήση εισπνεόμενων σκευασμάτων για τη ΒΠΔ τους τελευταίους έξι μήνες.

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:

Προς

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

**Βεβαίωση για την χορήγηση ραδιοφαρμάκου****Α.Στοιχεία ασφαλισμένης**

1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου

2.ΑΜΚΑ

3.Α.Μ.

**Β.Ιδιοσκέυασμα που πρέπει να χορηγηθεί:****Γ. Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση της ασθενούς και την φαρμακευτική αγωγή.**

Νόσημα

Φαρμακευτική αγωγή όπου έχει υποβληθεί ο ασθενής.

Έχει γίνει ακτινοθεραπεία

ΝΑΙ



ΟΧΙ



Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας χορήγησης του ραδιοφαρμάκου/ δόσεις που έχουν χορηγηθεί.

**Δήλωση συνταγογράφου ιατρού**

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

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

- 1.Γνωμάτευση και Films σπινθηρογραφήματος οστών (απαραίτητη προϋπόθεση το τελευταίο σπινθηρογράφημα οστών) ή πόρισμα CT ή MRI, εάν έχει γίνει.
- 2.Πρόσφατος αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος (αιμοπετάλια, λευκά αιμοσφαίρια, κρεατινίνη, ουρία).
- 3.Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας όπου θα φαίνονται τα στοιχεία του ασφαλισμένου (όνομα, επίθετο, αρ. μητρώου και η σχετική θεώρησή του).
- 4.Ιστολογική εξέταση που να πιστοποιείται η νόσος.

