



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Αθήνα 29.9.2014


ΑΠ: 2229

Προς τους
Ιατρικούς Συλλόγους της Χώρας

Κυρία/ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε έγγραφο τους Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αριθμ.πρωτ. Γ32/186/οικ.32237/12.9.2014, (ΑΠ ΠΙΣ: 2185/25.9.2014), με θέμα:
«Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για οφθαλμολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους», με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

Για τον Π.Ι.Σ.



Εμμανουήλ Ηλιάκης
Προϊστάμενος Διοίκ.Υπηρεσιών

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr



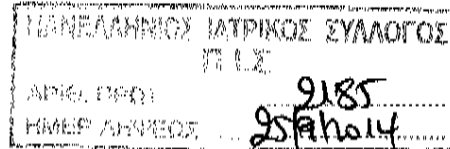
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

Αθήνα 12-9-2014

Αρ. Πρωτ.: Γ32/186/οικ. 32237



Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης
Υπηρεσιών Υγείας
Δ/νση: Φαρμάκου
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής
Πληροφορίες: Α. Πασχάλη
Τηλ.: 210-8110575, 655 Fax: 210-8110694
Ταχ. Δ/νση: Απ. Παύλου 12, 151 23 Μαρούσι
E-mail: dg6@eopyu.gov.gr

ΠΡΟΣ:

1. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ
2. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
3. Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους
4. Ελληνική Οφθαλμολογική Εταιρεία

Θέμα: «Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για οφθαλμολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους».

Σχετικά: 1. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.

2. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου Γ31/1009/οικ. 28573/01.08.14

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού 1 σας κοινοποιούμε με το παρόν έγγραφο πρότυπες επικαιροποιημένες γνωματεύσεις για οφθαλμολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους

Προς διευκόλυνση και για αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων επισημαίνεται ότι απαιτείται μόνο η κατάθεση του προτύπου γνωμάτευσης με τα επισυναπτόμενα που αναφέρει για την εξέταση του φακέλου από την Επιτροπή, εκτός εάν ζητηθεί κατά περίπτωση επιπλέον διευκρίνιση από την Επιτροπή.

Συν/μένα φύλλα: 12



Καρδίτσα ΑΝΤΕΝΟΡΑΣ
Τμήμα Φαρμακείων

ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΑΜΑΡΑΝΤΟΥ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. ΚΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p>Προς:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>																																																																																																																							
<p>Στοιχεία ασθενούς:</p> <p>1.ΔΜΚΑ:</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 LUCENTIS (ranibizumab) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Αριθμός: <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Αριθμός: <input type="checkbox"/></p> <p><u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u></p> <table border="1" data-bbox="695 1236 1408 2088"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Α/Α</th> <th colspan="2">Δ. Ο.</th> <th colspan="2">Α. Ο.</th> </tr> <tr> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.		ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20					21					22				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																																																																																																																					
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.																																																																																																																				
1																																																																																																																								
2																																																																																																																								
3																																																																																																																								
4																																																																																																																								
5																																																																																																																								
6																																																																																																																								
7																																																																																																																								
8																																																																																																																								
9																																																																																																																								
10																																																																																																																								
11																																																																																																																								
12																																																																																																																								
13																																																																																																																								
14																																																																																																																								
15																																																																																																																								
16																																																																																																																								
17																																																																																																																								
18																																																																																																																								
19																																																																																																																								
20																																																																																																																								
21																																																																																																																								
22																																																																																																																								

	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	<u>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</u>				
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></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><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></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><u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/> - Με οίδημα ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας <input type="checkbox"/> - Με οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω απόφραξης φλέβας αμφιβληστροειδούς (RVO) <input type="checkbox"/> - Με δευτεροπαθή χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω παθολογικής μυωπίας <input type="checkbox"/> <p><u>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</u></p> <p>1) Με OCT <input type="checkbox"/></p> <p>2) Με χρήση φλουροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p> <p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p><u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: <input type="checkbox"/></p> <p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1) Φλουροαγγειογραφία για 1η χορήγηση</p> <p>2) OCT πρόσφατη κάθε φορά</p>				

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ
 Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
 (σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΥΛΕΑ

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p>Προς:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>																																																																																																																							
<p>Στοιχεία ασθενούς</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 ΕΥΛΕΑ (aflibercept) <input type="text"/></p> <p>Η παρούσα ένεση θα γίνει: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Αριθμός: <input type="text"/> Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Αριθμός: <input type="text"/></p> <p>Παρεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Α/Α</th> <th colspan="2">Δ. Ο.</th> <th colspan="2">Α. Ο.</th> </tr> <tr> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.		ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20					21					22				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																																																																																																																					
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.																																																																																																																				
1																																																																																																																								
2																																																																																																																								
3																																																																																																																								
4																																																																																																																								
5																																																																																																																								
6																																																																																																																								
7																																																																																																																								
8																																																																																																																								
9																																																																																																																								
10																																																																																																																								
11																																																																																																																								
12																																																																																																																								
13																																																																																																																								
14																																																																																																																								
15																																																																																																																								
16																																																																																																																								
17																																																																																																																								
18																																																																																																																								
19																																																																																																																								
20																																																																																																																								
21																																																																																																																								
22																																																																																																																								

	<table border="1"> <tr><td>23</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	23					24					25					26					27					28					29					30				
23																																									
24																																									
25																																									
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
	<p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>																																								
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6. Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του aflibercept 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><u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/> - Με οίδημα ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας <input type="checkbox"/> - Με οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω απόφραξης φλέβας αμφιβληστροειδούς (CRVO) <input type="checkbox"/> <p><u>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</u></p> <p>1) Με OCT <input type="checkbox"/></p> <p>2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p> <p><u>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό _____ Ημερομηνία: _____</p> <p>Αριστερό οφθαλμό _____ Ημερομηνία: _____</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: _____</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: _____</p> <p><u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: _____</p> <p>Αριστερός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: _____</p> <p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1) OCT για 1^η χορήγηση</p> <p>2) Φλουοροαγγειογραφία για 1^η χορήγηση</p>																																								

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ημερομηνία
υπογραφή)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p>Προς:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>																																		
<p>Στοιχεία ασθενούς</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 MACUGEN (pegartanib sodium) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <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: (μέγιστος χρόνος θεραπείας 24 μήνες)</p> <p><u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Α/Α</th> <th colspan="2">Δ. Ο.</th> <th colspan="2">Α. Ο.</th> </tr> <tr> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.</th> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>	Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.		ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.	1					2					3					4					5				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																																
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.																															
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</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>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><u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:</u> Με υγρού τύπου ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) <input type="checkbox"/></p>																																		

Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT <input type="text"/> 2) Με χρήση φλουοραγγειογραφίας <input type="text"/>
	Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοραγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις. Αρχική οπτική οξύτητα: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση : Δεξιός οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία
	Επισυναπτόμενα: 1. Φλουοραγγειογραφία για 1 ^η χορήγηση 2. OCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ
 Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
 (σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΟΖURDEX

<p>Εκδίδεται από:</p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p>Προς:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>																													
<p>Στοιχεία ασθενούς</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 ΟΖURDEX (dexamethazone)</p> <p>Το παρόν εμφύτευμα θα τοποθετηθεί: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός εμφυτευμάτων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:</p> <p><u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u></p> <table border="1" data-bbox="651 1192 1427 1408"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Α/Α</th> <th colspan="2">Δ. Ο.</th> <th colspan="2">Α. Ο.</th> </tr> <tr> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> <th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th> <th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>	Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.		ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	1					2					3					4				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																											
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.																										
1																														
2																														
3																														
4																														
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του dexamethazone στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου</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 οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω απόφραξης κλαδικής ή κεντρικής φλέβας αμφιβληστροειδούς <input type="text"/> Μη λοιμώδη ραγοειδίτιδα <input type="text"/></p> <p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT <input type="text"/> 2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="text"/></p>																													

ιατρού:	Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.
	Αρχική οπτική οξύτητα: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία
	Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση : Δεξιός οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία
	Επισυναπτόμενα: 1) OCT για 1 ^η χορήγηση 2) Φλουροαγγειογραφία για 1 ^η χορήγηση

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ JETREA

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράπωντος:</p>	<p><u>Προς:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p><u>Στοιχεία ασθενούς</u></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><u>Στοιχεία θεραπείας</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο JETREA (ocriplasmin)</p> <p>Η παρούσα ένεση θα γίνει: Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Ένεση μια φορά ως εφάπαξ δόση και για τη θεραπεία ενός μόνο οφθαλμού</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ocriplasmin στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></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><u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:</u></p> <p>1) Με υαλοειδωχρική έλξη (VMT) <input type="checkbox"/></p> <p>2) υαλοειδωχρική έλξη σχετιζόμενη με την οπή της ωχράς κηλίδας διαμέτρου μικρότερης ή ίσης με 400 μικρά <input type="checkbox"/></p>
	<p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</p> <p>1) Με OCT <input type="checkbox"/></p> <p>2) 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><u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>

	Επισυναπτόμενα: 1) Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2) OCT πρόσφατη κάθε φορά
--	---

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία
υπογραφή)

(σφραγίδα)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού	Προς: Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Τηλ. Θεράποντος:	
Στοιχεία ασθενούς	Στοιχεία θεραπείας
1.ΑΜΚΑ:	7. Πρόκειται για το φάρμακο VISUDYNE (βερτεπορφίνη) <input type="checkbox"/>
2.Δ.Μ.:	Η παρούσα ένεση θα γίνει:
3.ΤΑΜΕΙΟ:	Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/>
4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο:	Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/>
Όνομα:	Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:
5.Ημερομηνία Γέννησης:	Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός: (η θεραπεία με Visudyne μπορεί να γίνεται μέχρι 4 φορές το χρόνο)
	Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:
	Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού	Προϋποθέσεις και Κριτήρια
6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης της βερτεπορφίνη στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.	8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς)
Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά 1. Με εξιδρωτική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) <input type="checkbox"/>
	2. με υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία. <input type="checkbox"/>

	<p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</p> <p>1) Με OCT []</p> <p>2) Με χρήση φλουροαγγειογραφίας []</p> <p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u></p> <p>Δεξιό οφθαλμό [] Ημερομηνία: []</p> <p>Αριστερό οφθαλμό [] Ημερομηνία: []</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός [] Ημερομηνία: []</p> <p>Αριστερός οφθαλμός [] Ημερομηνία: []</p> <p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1. Φλουροαγγειογραφία για 1^η χορήγηση</p> <p>2. OCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
(σφραγίδα- υπογραφή)