ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

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

Αθήνα, 06 Μαρτίου 2014

Αρ. Πρωτ.: οικ.9236

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού& Ανάπτυξης Υπηρεσιών υγείας
Δ/νση: Φαρμάκου
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής
Πληροφορίες: Χ.Κανή-Ε. Αλεξοπούλου
Τηλ.:210 8110655, 8110674 Fax:210 8110694
Ταχ. Δ/νση: Απ.Παύλου 12, Τ.Κ. 151 23 Μαρούσι
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

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

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ
1.Γραφείο Υπουργού Υγείας
2.Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
3. Γραφείο Γεν.Γραμματέως Δημόσιας Διοίκησης
4. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
5. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
6. Γραφείο Αντιπροέδρου Β'
7. Γραφείο Γεν. Δ/ντη Υπηρεσιών Υγείας
8. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
9.ΗΔΙΚΑ
10.ΚΜΕΣ

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

Σχετικό: 1.Η με αρ.πρωτ. ΔΥ1δ/ΓΠ οικ.16883/21.02.2014 υπουργική απόφαση.

Σε συνέχεια της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης σας ενημερώνουμε ότι:

Α. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΎ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. συγκροτήθηκαν 2 επιτροπές (μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη) για εξέταση αιτημάτων ασφαλισμένων για φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και για φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων.

Ειδικότερα,

Επιτροπή Αθήνας
Τα μέλη της επιτροπής γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης ασφαλισμένων των Νομών Αττικής, Εύβοιας, Ευρυτανίας, Φωκίδας, Φθιώτιδας, Βοιωτίας, Χανίων, Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνης, Άρτας,

Κεφαλληνίας, Λευκάδας, Ζακύνθου, Χίου, Λέσβου, Σάμου, Αρκαδίας, Αργολίδας, Κορινθίας, Λακωνίας, Μεσσηνίας, Κυκλάδων, Δωδεκανήσου, Μαγνησίας, Αχαΐας, Αιτωλοακαρνανίας, Ηλείας.
Ο αριθμός των τακτικών μελών ορίζεται σε σαράντα (40) μέλη και εδρεύει επί της οδού Αποστόλου Παύλου αρ. 12 (Μαρούσι).

Επιτροπή Θεσσαλονίκης
Τα μέλη της επιτροπής γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης ασφαλισμένων των Νομών Χαλκιδικής, Ημαθίας, Κιλκίς, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών, Θεσσαλονίκης, Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ροδόπης, Ξάνθης, Καρδίτσας, Λάρισας, Τρικάλων, Φλώρινας, Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης, Ιωαννίνων, Πρέβεζας, Θεσπρωτίας, Κέρκυρας.
Ο αριθμός των τακτικών μελών ορίζεται σε είκοσι ένα (21) μέλη. Εδρεύει δε επί της οδού Αριστοτέλους 17-19.

Στις συγκεκριμένες επιτροπές εξετάζονται οι προϋποθέσεις χορήγησης των κάτωθι φαρμάκων:

ΦΑΡΜΑΚΟ	**ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ**
ALDURAZYME	A-L-IDURONIDASE
BOTOX	BOTULINUM TOXIN
BUSILVEX	BUSULFAN
CAYSTON	AZTREONAM LYSINE
CEREZYME	IMIGLUCERASE
DYSPORT	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGLUTININ COMPLEX
EVOLTRA	CLOFARABINE
ELAPRASE	IDURSULFASE
FABRAZYME	AGALSIDASE
FORSTEO	TERIPARATIDE
ILARIS	CANAKINUMAB
KEPIVANCE	PALIFERMIN
LUCENTIS	RANIBIZUMAB
MACUGEN	PEGAPTANIB SODIUM
MYOZYME	ALGUCOSIDASE A
PREOTACT	PARATHYROID HORMONE
REPLAGAL	AGALSIDASE
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM
SPRYCEL	DASATINIB
SYNAGIS	PALIVIZUMAB
TASIGNA	NILOTINIB
TORISEL	TEMSIROLIMUS
TRISENOX	ARSENIC TRIOXIDE
VISUDYNE	VERTEPORFIN
YONDELIS	TRABECTEDIN
ZAVESCA	MIGLUSTAT

Επίσης εξετάζονται τα εξής φάρμακα που τιμολογήθηκαν τον Αύγουστο 2013, μέχρι αναθεώρησης του ανωτέρω καταλόγου (αφού σύμφωνα με το αρ.11 παρ.4 της Υ.Α. 3457 (ΦΕΚ Β' 64/16.01.2014) αναφέρεται ότι εφόσον οι Επιτροπές ΕΟΠΥΥ προεγκρίνουν τη χρήση ενός συγκεκριμένου φαρμάκου αυτό θα ισχύει για το σύνολο των φαρμάκων της κατηγορίας) :

Α/Α	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ
1	ADCETRIS	BRENTUXIMAB VEDOTIN
2	HALAVEN	ERIBULIN MESYLATE
3	VPRIV	VELAGLUCARASE ALFA
4	YERVOY	IPILIMUMAB
5	TEPADINA	THIOTEPA
6	DIFICLIR	FIDAXOMICIN
7	INLYTA	AXITINIB
8	EYLEA	AFLIBERCEPT
9	FAMPYRA	FAMPRIDINE
10	INCIVO	TELAPREVIR
11	JAKAVI	RUXOLITINIB
12	SIGNIFOR	PASIREOTIDE
13	TEYSUNO	TEGAFUR/GIMERACIL/OTERACIL
14	VICTRELIS	BOCEPREVIR
15	VOTUBIA	EVEROLIMUS
16	VYNDAQUEL	TAFAMIDIS
17	XALKORI	CRIZOTINIB
18	ZELBORAF	VEMURAFENIB
19	ZYTIGA	ABIRATERONE ACETATE

Επιπρόσθετα, εξετάζονται φάρμακα εξωτερικού που αφορούν σε ατομικές παραγγελίες ή έκτακτες εισαγωγές και όσα αφορούν στις διατάξεις της Υ.Α. 82961 (ΦΕΚ 2219 Β'/09.09.2013) σχετικά με αποζημίωση φαρμάκων που εισάγονται με έκτακτες διαδικασίες από τον ΕΟΦ και το ΙΦΕΤ έως την οριστική αξιολόγηση τους από την αρμόδια επιτροπή ή τη λήξη της ενδεδειγμένης περιόδου θεραπείας.
Οι περιπτώσεις που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους μπορούν να τροποποιηθούν με απόφαση του Οργανισμού.
Επισημαίνεται ότι οι ανωτέρω επιτροπές δεν είναι εκ του νόμου αρμόδιες να εξετάζουν περιπτώσεις εκτός ενδείξεων συνταγογράφησης σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ. 154/29-02-2012 (ΦΕΚ 545/Β΄/01-03-2012) η οποία κοινοποιήθηκε με το 16217/09-04-2012 έγγραφο της Υπηρεσίας μας.

Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού του νομού Αττικής θα προσέρχονται μόνο σε ένα από 3 τα κάτωθι σημεία:
-Περιφερειακή Διεύθυνση Πειραιά (Ηρώων Πολυτεχνείου 19, 18 535 Πειραιάς)
-Αγίου Κωνσταντίνου 16, 5ος όροφος, Τ.Κ. 10552, Ομόνοια, Αθήνα
-Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καλλιθέας (Δαβάκη 11 και Σωκράτους, Τ.Κ. 17672, Καλλιθέα) και θα καταθέτουν τα δικαιολογητικά τους.
Επίσης και για ασφαλισμένους της επαρχίας που υποβάλλονται σε θεραπεία σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Αττικής που λειτουργεί Επιτροπή, η κατάθεση των δικαιολογητικών τους για

εξέταση από την Επιτροπή θα μπορεί να γίνεται σε ένα από τα ανωτέρω 3 σημεία που υπάγεται το Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική.

Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού στην επαρχία θα προσέρχονται στην οικεία Περιφερειακή Διεύθυνση (ΠΕ.ΔΙ.) ή Αποκεντρωμένο Γραφείο Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων η οποία οφείλει να συλλέγει τα δικαιολογητικά και να τα αποστέλλει (ταχυδρομικά μέσω της ταχυδρομικής υπηρεσίας που έχει σύμβαση με τον Οργανισμό ή με φαξ) στην οικεία Επιτροπή.

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

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

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

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

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

- Παραλαμβάνουν τα δικαιολογητικά από τους ασφαλισμένους και τα αποστέλλουν στην επιτροπή φαρμάκων μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς ή μέσω φαξ (στο 210-8110693 για την Επιτροπή της Αθήνας και στο 2310-594837 για την Επιτροπή της Θεσσαλονίκης) .

Συνοπτικά τα δικαιολογητικά που αποστέλλονται είναι:

- Διαβιβαστικό στο οποίο θα αναγράφονται υποχρεωτικά το όνομα του ασφαλισμένου, ο αριθμός μητρώου του καθώς και ο αριθμός σελίδων από τις οποίες αποτελείται το τηλεομοιότυπο.
- Αίτηση του ασφαλισμένου όπου θα αναγράφονται στοιχεία επικοινωνίας.
- Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου ασθενείας
- Πρότυπο γνωμάτευσης θεράποντος ιατρού.

- Τα δικαιολογητικά που αναφέρονται στα επισυναπτόμενα έγγραφα των εν λόγω πρότυπων γνωματεύσεων.
- Οποιοδήποτε στοιχείο ή εξέταση που να πιστοποιεί τη νόσο για φάρμακα που δεν περιγράφονται στο έγγραφο.

Σε αυτή την πρώτη φάση εφαρμογής του συστήματος πρέπει να οριστούν από τους διευθυντές των ΠΕ.ΔΙ. οι υπάλληλοι που είναι υπεύθυνοι για την συλλογή των δικαιολογητικών και την αποστολή τους στην επιτροπή. Στις ΠΕ.ΔΙ. ή στα Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων 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.

Επίσης οι Γραμματείες των Επιτροπών Φαρμάκων Υψηλού Κόστους και Εξωτερικού θα πρέπει να μεριμνήσουν για το χώρο των συνεδριάσεων και παραλαβής των δικαιολογητικών.

Επισημαίνεται ότι η συχνότητα των συνεδριάσεων καθορίζεται από τον όγκο των περιστατικών και δύναται να είναι και καθημερινή όπου απαιτείται.

Η ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των ανωτέρω Επιτροπών ορίζεται στις 10.03.2014.

Β. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

Έχουν συσταθεί (σχετικό 1) 2 Επιτροπές Εξωσωματικής με έδρα την Αθήνα. Τα μέλη των επιτροπών γνωματεύουν επί αιτημάτων ασφαλισμένων για έγκριση προσπαθειών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας καθώς και χορήγησης γοναδοτροπινών σε άνδρες σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών του ΕΟΠΥΥ.
Η συχνότητα των συνεδριάσεων θα καθορίζεται από τον εκάστοτε όγκο περιστατικών προκειμένου να τηρούνται οι προθεσμίες που ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 11 της υπ' αριθμ. 3457 Υπουργικής Απόφασης (ΦΕΚ 64/Β/2014).

Οι ασφαλισμένες/οι θα κλείνουν ραντεβού στις Επιτροπές Εξωσωματικής μέσω της ακόλουθης τηλεφωνικής γραμμής:

- **210-8110684** (τηλεομοιότυπος/fax: 210-8110528)

και θα φροντίζουν να έχουν τα δικαιολογητικά τους σε φάκελο προσερχόμενοι/ες την ημέρα που έχουν κλείσει ραντεβού. Τα δικαιολογητικά και, γενικότερα, όλες οι προϋποθέσεις που διέπουν τη λειτουργία των εν λόγω Επιτροπών αναφέρονται στα έγγραφα:

- **Υπ' αριθμ. 13820/12-04-2013 (ΑΔΑ: ΒΕΑΤΟΞ7Μ-ΧΜ5)**
- **Υπ' αριθμ. 34265/24-10-2013 (ΑΔΑ: ΒΛΛ3ΟΞ7Μ-ΒΞΥ).**

Επισημαίνεται το γεγονός ότι οι ασφαλισμένοι, προσερχόμενοι στις Επιτροπές, οφείλουν να έχουν πλήρη φάκελο με τα δικαιολογητικά καθώς και συμπληρωμένο το αντίστοιχο ειδικό έντυπο παραπομπής. Η ορθή ετοιμασία του φακέλου και η προσκόμιση όλων των απαραίτητων δικαιολογητικών διασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία των Επιτροπών καθώς και την αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων.

Οι Επιτροπές Εξωσωματικής εξετάζουν κατά προτεραιότητα (χωρίς ραντεβού) μόνο ειδικές περιπτώσεις ή επείγοντα περιστατικά (πχ περιπτώσεις διέγερσης ωοθηκών για κρυοσυντήρηση εμβρύων ή ωαρίων σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο).

Οι Επιτροπές δέχονται τα πρωτότυπα δικαιολογητικά τα οποία και παραμένουν στο φάκελο κάθε ασφαλισμένου και δεν επιστρέφονται. Τα ειδικά, ανά περίπτωση, έντυπα παραπομπής παρατίθενται στο Παράρτημα 2 του παρόντος εγγράφου.

Οι εν λόγω Επιτροπές εξετάζουν εάν πληρούνται οι προϋποθέσεις διεξαγωγής προσπαθειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας ή χορήγησης γοναδοτροπινών σε άνδρες και, ως εκ τούτου, δεν εγκρίνουν τη χορήγηση συγκεκριμένων σκευασμάτων. Ο θεράπων ιατρός είναι εκείνος ο οποίος θα προβεί στην τελική επιλογή της αγωγής.

Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα τα οποία χορηγούνται αποκλειστικά από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ κατόπιν απόφασης Επιτροπής Εξωσωματικής και με συνταγή του θεράποντος ιατρού είναι:

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ
FOLLICLE STIMULATING HORMONE, HUMAN (FSH)	ALTERMON
UROFOLLITROPIN	BRAVELLE
CORIFOLLITROPIN ALFA	ELONVA
FOLLITROPIN ALFA	GONAL
LUTROPIN ALPHA	LUVERIS
MENOTROPHINE	MERIONAL
MENOTROPHINE	MENOPUR
FOLLITROPIN ALFA/LUTROPIN ALFA	PERGOVERIS
FOLLITROPIN BETA	PUREGON

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος:	**Προς** **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για το φάρμακο: (Να συμπληρωθούν εμπορική ονομασία, μορφή, περιεκτικότητα, δοσολογία και οδός χορήγησης & αριθμός εμβαλλαγίων) …… Ημερομηνία έναρξης θεραπείας: Προηγούμενη Θεραπεία:
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του …… στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Προϋποθέσεις και Κριτήρια** 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 ……
	Επισυναπτόμενα: 1.Εξετάσεις που τεκμηριώνουν το νόσημα και την ανταπόκριση του ασθενούς. 2.Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ) Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

<table>
<tr><td><u>Εκδίδεται από:</u>

Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού

Τηλ. Θεράποντος:</td><td><u>Προς</u>

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</td></tr>
<tr><td><u>Στοιχεία ασθενούς</u>

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:
3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.Ονοματεπώνυμο
Επίθετο:

Όνομα:

5.Ημερομηνία Γέννησης:</td><td><u>Στοιχεία θεραπείας</u>
7. Πρόκειται για το φάρμακο

VISUDYNE (verteporfin) ☐

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε
Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία:
Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:

Συνολικός αριθμός χορηγήσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε:
Δεξιό οφθαλμό Αριθμός:
Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:

Προηγούμενες θεραπείες για την νόσο:</td></tr>
<tr><td><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u>

6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του verteporfin.
Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.

Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</td><td rowspan="2"><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u>

8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς)

Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:
-εξιδρωματική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδος με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) ☐
- υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία. ☐

Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.
……
……

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:
Δεξιός οφθαλμός ☐ Ημερομηνία:</td></tr>
<tr><td></td></tr>
</table>

	Αριστερός Οφθαλμός Ημερομηνία: Αρχική οπτική οξύτητα:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ /ΚΛΙΝΙΚΗΣ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΊΤΗΣΗΣ:	Προς **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Βεβαίωση για την χορήγηση του ιδιοσκευάσματος Synagis

Στοιχεία ασφαλισμένου	
1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
1.ΑΜΚΑ	
2.Α.Μ.	
3. ΤΑΜΕΙΟ:	

Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση του βρέφους και την φαρμακευτική αγωγή.

Ημερομηνία γέννησης	
Εβδομάδα κύησης της μητέρας	
Βάρος γέννησης του νεογνού-βρέφους	
Σημερινό βάρος του νεογνού-βρέφους	
Διάγνωση κατά την έξοδο **	

Δόσεις Synagis που χορηγήθηκαν / ημερομηνίες χορήγησης (συμπεριλαμβανομένων των δόσεων που χορηγήθηκαν εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος):

Άλλη φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε κατά τη νοσηλεία:

Φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται σήμερα:

Αριθμός δόσεων που καλύπτει η παρούσα αίτηση:

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1.Αιτήσεις για τη χορήγηση του φαρμάκου γίνονται δεκτές εντός της περιόδου RSV (01 Νοέμβριου- τέλη Μαρτίου) (και όχι κατά την έξοδο από το μαιευτήριο για πιθανή επόμενη περίοδο)

2.Στις περιπτώσεις διδύμων ή τριδύμων κυήσεων η έγκριση της Επιτροπής, καθώς και η χορήγηση του φαρμάκου θα γίνεται σε μηνιαία βάση, για αυτό απαιτείται γνωμάτευση μηνιαίου πρόσφατου βάρους σώματος των μωρών

3. το εγκεκριμένο δοσολογικό σχήμα είναι 15 mg/kg βάρους σώματος.

4. Επειδή, σύμφωνα με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα και την άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου «Το πλεονέκτημα της προστασίας από το SYNAGIS με περισσότερες από 5 δόσεις δεν έχει τεκμηριωθεί», ο οργανισμός θα χορηγεί έως 5 μηνιαίες δόσεις.

Επισυναπτόμενα:

1)Φωτοτυπία της αντίστοιχης περιοχής του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού των σελίδων που περιλαμβάνουν την ημερομηνία γέννησης καθώς και της εξέτασης κατά την έξοδο.

2)Σε περιπτώσεις βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας (ΒΠΔ) απαιτούνται σχετικές φωτοτυπίες του περιγενετικού ιστορικού ή των αντίστοιχων σελίδων του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού. Επίσης, όπου απαιτούνται, φωτοτυπίες από το βιβλιάριο ασθενείας που αποδεικνύουν τη χορήγηση εισπνεόμενων σκευασμάτων για τη ΒΠΔ τους τελευταίους έξι μήνες.

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

Εκδίδεται από: Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο: ☐ Κρατικό Νοσοκομείο:☐ Ιδιώτης :☐ Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ:☐ Σφραγίδα /υπογραφή (ιατρού & φορέα) Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:	Προς **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ. : 3. ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ηλικία (Έτος Γέννησης):	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για το φάρμακο εξωτερικού (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων): Fampiridine ☐…….. Έναρξη θεραπείας:☐ (Η έγκριση για την 1η φορά αφορά σε 1 μήνα/ Συνέχιση θεραπείας (μετά τον 1ο μήνα):☐ (Η έγκριση αφορά σε 6 μήνες) Μετά από τον 1ο μήνα λήψης θα συμπληρώνεται από το θεράποντα -Χρονομετρημένη δοκιμασία βάδισης (προ θεραπείας & μετά από 1 μήνα): …….. -Κλινικό όφελος/σταθερότητα κατά τη διάρκεια της λήψης:…….. Συνεχιζόμενη θεραπεία (πέραν του 1ου εξαμήνου)☐ -Κλινικό όφελος/σταθερότητα κατά τη διάρκεια της λήψης:…….. -Ημερομηνία έναρξης της θεραπείας:
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του …… Ο ασφαλισμένος πάσχει από ΣΚΠ και έχει ένδειξη να λάβει Fampiridine. EDSS (……..)ανικανότητα βάδισης. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Προϋποθέσεις και Κριτήρια** 8.Ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το φάρμακο από τον ασφαλιστικό φορέα -Ένδειξη ΣΚΠ ανικανότητα βάδισης (EDSS 4-7) ☐
	Επισυναπτόμενα: --Έντυπο Α

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FORSTEO & PREOTACT

Εκδίδεται από:	**Προς**
Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού Ημερομηνία: Τηλέφωνο θεράποντος:	**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Στοιχεία ασθενούς

1.ΑΜΚΑ:
2.Α.Μ.:
3.ΤΑΜΕΙΟ:
4.Ονοματεπώνυμο
Επίθετο:
Όνομα:
5.Ημερομηνία Γέννησης:

Δήλωση συνταγογράφου ιατρού

6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης τεριπαρατίδης ή ανθρώπινης παραθορμόνης.
Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.

Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:

Ενδείξεις για τις οποίες χορηγείται το φάρμακο (να γίνει επιλογή).

7. Εγκεκριμένες ενδείξεις Forsteo:

Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα. ☐

Θεραπεία της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με παρατεταμένη και συστηματική θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή σε γυναίκες και άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα ☐

8. Εγκεκριμένες ενδείξεις Preotact:

Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων ☐

Στοιχεία θεραπείας

9. Πρόκειται για το φάρμακο

Forsteo ☐
Preotact ☐

Σε περίπτωση προηγούμενης χορήγησης να αναγραφεί η ημερομηνία έναρξης της θεραπείας:

Αριθμός ενέσεων (Forsteo/Preotact) που έχει λάβει ήδη ο ασθενής:

Αιτούμενο διάστημα αγωγής:

Προϋποθέσεις και Κριτήρια

10.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:

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

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

Αποτέλεσμα προηγούμενης μέτρησης (πριν από την πρόσφατη) οστικής πυκνότητας (εάν υπάρχει)
T-score:

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

Β1. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:

i. Από του στόματος ☐
ii.Παρεντερική χορήγηση ☐
iii.Δυσανεξία σε διφωσφονικά ☐
ή αντένδειξη χορήγησης:

Εάν ναι ,αναφέρατε:……

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:
Σκεύασμα:
Χρονικό Διάστημα αγωγής:

Β2. Προηγούμενη θεραπεία με ρανελικό στρόντιο, ραλοξιφαίνη,denosumab:

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:
Σκεύασμα:
Χρονικό διάστημα αγωγής:

Γ.Πρόσφατη μέτρηση PTH:

Τιμή PTH: Φυσιολογικές τιμές εργαστηρίου:----------

Δ. Υπάρχουν οστικά κατάγματα;

☐Ναι ☐Όχι

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

(Σημ. 1.Η θεραπεία με teriparatide ή parathyroid hormone δεν είναι αγωγή ενάρξεως θεραπείας οστεοπόρωσης
2.Η προηγούμενη χορήγηση καλσιτονίνης ενδοριννικά δεν είναι δόκιμη αγωγή για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης βάσει σχετικού εγγράφου του ΕΟΦ)

Επισυναπτόμενα:

1.Μέτρηση οστικής πυκνότητας.
2.Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση
3.Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:	**Προς** **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για το φάρμακο (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία): Ημερομηνία έναρξης θεραπείας: Προηγούμενη Θεραπεία:
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του σκευάσματος …….. στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Επισυναπτόμενα:** 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 2. Πρόσφατη μέτρηση χιτοτριοσιδάσης 3.Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος 4.Πρόσφατη αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα κοιλίας

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

Εκδίδεται από: Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού Τηλ. Θεράποντος:	**Προς** **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για το φάρμακο Lucentis (ranibizumab) ☐ Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία: Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός: Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό: Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ranibizumab στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Προϋποθέσεις και Κριτήρια** 8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν για το σχετικό οφθαλμό (οφθαλμούς) Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας ☐ Με οίδημα ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας ☐ Με απόφραξη φλέβας αμφιβληστροειδούς ☐ Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας ☐ Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις: ……

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

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

	Αρχική οπτική οξύτητα:
	Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:	**Προς** **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για το ιδιοσκεύασμα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία): Sprycel ☐ Tasigna ☐ Ημερομηνία έναρξης θεραπείας: Προηγούμενη Θεραπεία:
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ..... στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Προϋποθέσεις και Κριτήρια** 8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν: Νεοδιαγνωσθείσα ΧΜΛ σε χρόνια φάση, θετική για χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας ☐ Αντίσταση ή δυσανεξία σε προηγούμενη θεραπεία: - ☐ Αναφέρατε:…… Μοριακός έλεγχος ☐ Καρυοτυπικός έλεγχος ☐ Αποτέλεσμα ελέγχου:
	Επισυναπτόμενα: 1.Πρόσφατος μοριακός ή καρυοτυπικός έλεγχος.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:	**Προς** **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** **ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ** **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
Στοιχεία ασθενούς 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	**Στοιχεία θεραπείας** 7. Πρόκειται για τα φάρμακα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία): Torisel ☐ Yondelis ☐ Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του …… στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	**Προϋποθέσεις και Κριτήρια:** 8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν: Διάγνωση: Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με: Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:
	Επισυναπτόμενα: 1. Πόρισμα βιοψίας 2. Πόρισμα αξονικής

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

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

Σημείωση:

1. Τα σκευάσματα Botox & Dysport προορίζονται για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό και κατάλληλη ειδίκευση και εμπειρία.

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

<table>
<tr><td><u>Εκδίδεται από:</u>

Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού

Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:</td><td><u>Προς</u>

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</td></tr>
<tr><td><u>Στοιχεία ασθενούς</u>

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:
3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.Ονοματεπώνυμο
Επίθετο:
Όνομα:

5.Ημερομηνία Γέννησης:</td><td><u>Στοιχεία θεραπείας</u>
7. Πρόκειται για το/α φάρμακο/α (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία):

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:

Προηγηθείσες θεραπείες:</td></tr>
<tr><td><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u>

6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του
……
στον ασφαλισμένο.

Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.

Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</td><td rowspan="2">Προϋποθέσεις και Κριτήρια:

8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:

Διάγνωση:

Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:

Αξονική τομογραφία (πόρισμα): ☐

Βιοψία (πόρισμα): ☐

Αναφορά σε καρκινικούς δείκτες:

Προηγηθείσες θεραπείες:</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Επισυναπτόμενα:
1.Πρόσφατο πόρισμα αξονικής τομογραφίας
2. Πόρισμα βιοψίας.
3. Συνταγή γιατρού.
4. Καρκινικοί δείκτες.</td></tr>
</table>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ Ημερομηνία: 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 ασφαλισμένου/ης	
1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
2.ΑΜΚΑ	
3.Α.Μ.	
Β.Ιδιοσκεύασμα 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 (πρωτότυπα ή ευανάγνωστα αντίγραφα) σπινθηρογραφήματος οστών (απαραίτητη προϋπόθεση σπινθηρογράφημα οστών τελευταίου διμήνου)
2. Πόρισμα CT ή MRI, εάν υπάρχει.
3.Πρόσφατος αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος (αιμοπετάλια, λευκά αιμοσφαίρια, κρεατινίνη, ουρία).
4.Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας όπου θα φαίνονται τα στοιχεία του ασφαλισμένου (όνομα, επίθετο, αρ. μητρώου και η σχετική θεώρησή του).
5.Ιστολογική εξέταση που να πιστοποιείται η νόσος .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΠΥΥ
www.eopyy.gov.gr

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
Α.Μ.Κ.Α.	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ/ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα : απόφραξη σαλπίγγων, εκτομή σαλπίγγων, ενδομητρίωση μετά θεραπεία, σοβαρή ολιγοσπερμία, ασθενοσπερμία, αζωοσπερμία, τερατοσπερμία, OATS, κρυοσυντήρηση ωαρίων, προεμφυτευτική διάγνωση, κ.α.)

   ……

2. ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ Ή ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ – ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΔΥΟ ΠΛΗΡΗ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ ΜΕ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ 75 ΗΜΕΡΩΝ ΤΟ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΛΟ ΚΑΙ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ΕΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΟ ΕΝΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΝΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ. ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΤΟΥ 1.000.000/ml ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΟΥΡΟΛΟΓΟ Ή ΑΝΔΡΟΛΟΓΟ Ή ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΣΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΙΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV-1, HIV-2), ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΚΑΙ ΣΥΦΙΛΗΣ (VDRL Ή RPR). ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
7. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ, ΓΟΝΑΔΡΟΤΡΟΠΙΝΩΝ, ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. ΣΕ ΔΟΤΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΘΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΙ ΜΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΔΕΙΓΜΑ. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

9. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

10. ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ. ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
11. ΑΝ Η ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΑΦΟΡΑ ΑΓΑΜΗ ΓΥΝΑΙΚΑ, Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΥΤΗΣ ΚΑΙ, ΕΦΟΣΟΝ ΣΥΝΤΡΕΧΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΝΩΣΗΣ, ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΣΥΖΕΙ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ.

    ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

12. ΚΕΝΤΡΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:

13. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ Η ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 1458 ΤΟΥ ΑΣΤΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ.

14. ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, ΠΛΗΡΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΕΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΙΚ. 2/2008 - ΦΕΚ 170/Β'/6.2.2008).

15. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ. ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΠΥΥ
www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
ΑΜΚΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

   ……

2. ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ ΌΠΟΥ ΘΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΌΤΙ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ- ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

7. ΑΝ Η ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΑΦΟΡΑ ΑΓΑΜΗ ΓΥΝΑΙΚΑ, Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΥΤΗΣ ΚΑΙ, ΕΦΟΣΟΝ ΣΥΝΤΡΕΧΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΝΩΣΗΣ, ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΣΥΖΕΙ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

   ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΠΥΥ
www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
ΑΜΚΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

   ……

2. ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ- ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΕΠΙΠΕΔΑ FSH, LH, PRL, ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. Triplex όρχεων

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

7. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

   ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ