



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

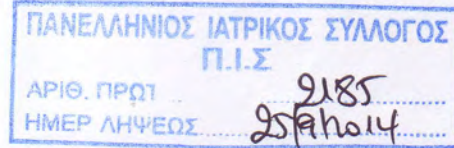


Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyu.gov.gr

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: d6@eopyu.gov.gr

Αθήνα 12-9-2014

Αρ. Πρωτ.: Γ32/186/οικ. 32237



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. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.
2. Έγγραφο 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



Ακριβές Αντίγραφο
Τμήμα Γραμματείας

ΕΥΣΤΑΘΙΑ ΑΜΑΡΑΝΤΟΥ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. ΚΟΝΤΟΣ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</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:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><u>Στοιχεία θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο LUCENTIS (ranibizumab) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u> 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><u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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				

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 οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω απόφραξης φλέβας αμφιβληστροειδούς (RVO)
- Με δευτεροπαθή χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω παθολογικής μυωπίας

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:

- 1) Με OCT
- 2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:

.....

Αρχική οπτική οξύτητα:

Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία:
Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:
Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:
Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Επισυναπτόμενα:

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ EYLEA

<p><u>Εκδίδεται από:</u> Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p> <p><u>Στοιχεία ασθενούς</u></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><u>Προς:</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p> <p><u>Στοιχεία θεραπείας</u> 7. Πρόκειται για το φάρμακο EYLEA (aflibercept) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u> Δεξιό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/> Αριστερό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><u>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε:</u> Δεξιό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/> Αριθμός: <input style="width: 30px;" type="text"/> Αριστερό οφθαλμό <input style="width: 30px;" type="text"/> Αριθμός: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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				
	<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 aflibercept 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>-Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/></p> <p>-Με οίδημα ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας <input type="checkbox"/></p> <p>-Με οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω απόφραξης φλέβας αμφιβληστροειδούς (CRVO) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</u></p> <p>1) Με OCT <input type="checkbox"/></p> <p>2) Με χρήση φλουοραγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p> <p><u>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοραγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u></p> <p><u>Δεξιό οφθαλμό</u> _____ <u>Ημερομηνία:</u> _____</p> <p><u>Αριστερό οφθαλμό</u> _____ <u>Ημερομηνία:</u> _____</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε:</u></p> <p><u>Δεξιό οφθαλμό</u> <input type="checkbox"/> <u>Ημερομηνία:</u> _____</p> <p><u>Αριστερό οφθαλμό</u> <input type="checkbox"/> <u>Ημερομηνία:</u> _____</p> <p><u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u></p> <p><u>Δεξιός οφθαλμός</u> <input type="checkbox"/> <u>Ημερομηνία:</u> _____</p> <p><u>Αριστερός οφθαλμός</u> <input type="checkbox"/> <u>Ημερομηνία:</u> _____</p>				
	<p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1) OCT για 1^η χορήγηση</p> <p>2) Φλουοραγγειογραφία για 1^η χορήγηση</p>				

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ημερομηνία
υπογραφή)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN

<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:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><u>Στοιχεία θεραπείας</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο MACUGEN (pegartanib sodium) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u> Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> 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" data-bbox="715 1176 1423 1444"> <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> </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					5				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																																
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ.																															
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></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><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> Με υγρού τύπου ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) <input type="checkbox"/></p>																																		

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ OZURDEX

<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 OZURDEX (dexamethazone)</p> <p>Το παρόν εμφύτευμα θα τοποθετηθεί: Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></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="686 1142 1476 1366"> <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> </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				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																											
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ.																										
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="checkbox"/> Μη λοιμώδη ραγοειδίτιδα <input type="checkbox"/></p> <p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT <input type="checkbox"/> 2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p>																													

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

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. Θεράποντος:</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><u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u> 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><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> Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :</u> Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>

Επισυναπτόμενα:

- 1) Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση
- 2) ΟСТ πρόσφατη κάθε φορά

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία
υπογραφή)

(σφραγίδα)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</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:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p><u>Στοιχεία θεραπείας</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο VISUDYNE (βερτεπορφίνη) <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: (η θεραπεία με Visudyne μπορεί να γίνεται μέχρι 4 φορές το χρόνο)</p> <p>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</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 της βερτεπορφίνης 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>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά</p> <p>1. Με εξιδρωτική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV)) <input type="checkbox"/></p> <p>2. με υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία. <input type="checkbox"/></p>

	<p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</p> <p>1) Με OCT <input type="text"/></p> <p>2) Με χρήση φλουροαγγειογραφίας <input type="text"/></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="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία</p> <p><u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση :</u></p> <p>Δεξιός οφθαλμός <input type="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερός οφθαλμός <input type="text"/> 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)