



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αθήνα, 06 Ιουνίου 2014



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

Αρ. Πρωτ.: οικ. 21165

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

ΠΡΟΣ

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

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

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

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

Σχετικά:

1. Οι διατάξεις του αρ. 54 παράγραφος 2γ του ν. 4223/2013 «Ενιαίος Φόρος Ιδιοκτησίας Ακινήτων και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 287/Α'/31.12.2013)
2. Η με αρ. πρωτ. ΔΥ1δ/ΓΠ.43083/27.05.2014 υπουργική απόφαση.

Σε συνέχεια της ανωτέρω Υπουργικής Απόφασης με την οποία συμπληρώθηκαν οι Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους και οι Επιτροπές Εξωσωματικής Γονιμοποίησης που ήδη λειτουργούσας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Υπουργική Απόφαση ΔΥ1δ/ΓΠ.16833/21.02.2014) και συγκροτήθηκαν νέες επιτροπές σας ενημερώνουμε ότι:

Α. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα λειτουργούν οκτώ (8) Επιτροπές (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Λάρισα, Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο Κρήτης) 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 χορήγησης φαρμάκων ασφαλισμένων περιοχών Αθήνας, νομών Βοιωτίας και Κορινθίας (Κέντρου Αθήνας, Ανατολικής Αθήνας, Βόρειας Αθήνας, Νότιας Αθήνας, Ανατολικής Αττικής) αλλά και αιτημάτων ασφαλισμένων που δεν καλύπτονται από άλλες Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους της χώρας, καθώς και αιτημάτων ασφαλισμένων για ειδικότητες που δεν υπάρχουν στις οικείες Επιτροπές.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει στη Διοίκηση του Οργανισμού επί της οδού Απ.Παύλου 12, Μαρούσι. Τα τηλέφωνα επικοινωνίας είναι 210 8110685, 210 8110675 (fax 210 8110676).

Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού του νομού Αττικής θα προσέρχονται για την κατάθεση δικαιολογητικών για την Επιτροπή της Αθήνας μόνο σε ένα από 2 τα κάτωθι σημεία:

- Αγίου Κωνσταντίνου 16, 5^{ος} όροφος, Ομόνοια, Αθήνα
- Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καλλιθέας -Δαβάκη 44, Καλλιθέα.

Επιτροπή Πειραιά

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης ασφαλισμένων της Δυτικής Αττικής και Πειραιώς, καθώς και των νομών Χίου, Λέσβου, Σάμου, Κυκλάδων, Δωδεκανήσου.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει επί τους Απ.Παύλου 12, Μαρούσι.

Οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού του νομού Αττικής θα προσέρχονται για την κατάθεση δικαιολογητικών για την Επιτροπή του Πειραιά στο κάτωθι σημείο:

- Περιφερειακή Διεύθυνση Πειραιά -Ηρώων Πολυτεχνείου 19, Πειραιάς

Επίσης και για ασφαλισμένους της επαρχίας που υποβάλλονται σε θεραπεία σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές της Αττικής, 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.

Επισημαίνουμε ότι όλα τα αιτήματα όλων των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ στα 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 θα εξετάζονται μόνο από την Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους Αθήνας.

Επισημαίνεται ότι για τα φάρμακα εξωτερικού που θα αφορούν σε ασθενείς που διαμένουν εκτός Αττικής και θα αποστέλλονται από τις οικείες ΠΕΔΙ θα πρέπει υποχρεωτικά στα δικαιολογητικά να περιλαμβάνεται και η σχετική απόφαση του ΕΟΦ (έντυπο Β) όπου απαιτείται.

Επιτροπή Θεσσαλονίκης

Τα μέλη της επιτροπής γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης χορήγησης φαρμάκων για ασφαλισμένους των Νομών Χαλκιδικής, Ημαθίας, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών, Θεσσαλονίκης, Κοζάνης, Πτολεμαΐδας.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει επί της οδού Αριστοτέλους 17-19.

Επιτροπή Ηρακλείου Κρήτης

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης χορήγησης φαρμάκων για ασφαλισμένους των Νομών Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου, Χανίων Κρήτης.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει επί της οδού Καζάνη 4-Ηράκλειο Κρήτης. (Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2810-246778-Φαξ:2810-246785/2467783)

Επιτροπή Λάρισας

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης χορήγησης φαρμάκων για ασφαλισμένους των Νομών Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας, Φωκίδος.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει επί της οδού Ρούσβελτ 4-Λάρισα (Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2410-531942-Φαξ:2410-534763)

Επιτροπή Πάτρας

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης χορήγησης φαρμάκων για ασφαλισμένους των Νομών Αχαΐας, Ζακύνθου, Κεφαλληνίας, Αρκαδίας, Ηλείας, Μεσσηνίας, Λακωνίας, Αργολίδος.

Η Επιτροπή Φαρμάκων εδρεύει επί της οδού Γιαννιτσών 3, Πάτρα (Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2610466604-5-Φαξ:2610466584)

Επιτροπή Ιωαννίνων

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης ασφαλισμένων των Νομών Ιωαννίνων, Άρτας, Πρέβεζας, Θεσπρωτίας, Λευκάδας, Κερκύρας, Άρτας και Αιτωλοακαρνανίας.

Η Επιτροπή εδρεύει επί της οδού Φιλικής Εταιρείας 16, Ιωάννινα (Τηλέφωνο επικοινωνίας: 26510 70798, 72257,70954-Φαξ:26510-70798)

Επιτροπή Αλεξανδρούπολης

Τα μέλη της γνωματεύουν επί αιτημάτων έγκρισης ασφαλισμένων των Νομών Κιλκίς, Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ροδόπης, Ξάνθης.

Η Επιτροπή εδρεύει επί της οδού Ανατολικής Θράκης 58, Αλεξανδρούπολη (Τηλέφωνο επικοινωνίας/φαξ: 25510-85062)

Στις συγκεκριμένες επιτροπές εξετάζονται οι προϋποθέσεις χορήγησης των κάτωθι φαρμάκων, μέχρι αναθεώρησης του κατωτέρω καταλόγου:

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

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

Οι περιπτώσεις που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους μπορούν να τροποποιηθούν με απόφαση του Προέδρου 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, σύμφωνα με την οποία αρμόδια είναι ειδική Επιτροπή του ΕΟΦ.

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.

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.
 - 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.
- ➡ 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 οικεία επιτροπή φαρμάκων μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς ή μέσω φαξ (στο 210-8110676 για την Επιτροπή της Αθήνας και Πειραιά, 2310-594837 για την Επιτροπή της Θεσσαλονίκης, 2410-534763 για την Επιτροπή Λάρισας, 2610466584 για την Επιτροπή Πάτρας, Επιτροπή Ηρακλείου Κρήτης 2810-246785/2467783, Επιτροπή Ιωαννίνων 26510-70798, Επιτροπή Αλεξανδρούπολης 25510-85062).

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.
- Απόφαση ΕΟΦ (έντυπο Β) εάν πρόκειται για φάρμακο εξωτερικού.

- 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. Επιπρόσθετα θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τη Διεύθυνση Πληροφορικής του ΕΟΠΥΥ για να λάβουν πρόσβαση στην εισαγωγή αιτήσεων/αποτελεσμάτων Επιτροπών μέσω του ΟΠΣ (e-mail: d5@eopyy.gov.gr). Επισημαίνεται ότι βάση του Ν.4238/2014 αρ.21 παρ.6 ότι: «Τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και οι Επιτροπές Προέγκρισης Φαρμάκων του Οργανισμού, στις Μονάδες Υγείας εξαιρούνται της παραχώρησης.» ως εκ τούτου υπάρχουν χώροι και εξοπλισμός για τις Επιτροπές της επαρχίας που παραδόθηκαν στα ΠΕΔΙ και μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

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 10.06.2014.

Β. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα λειτουργούν 8 Επιτροπές εξωσωματικής (σχετικό 2) (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ηράκλειο Κρήτης, Πάτρα, Ιωάννινα, Θεσσαλονίκη, Αλεξανδρούπολη).

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. Οι περιοχές ευθύνης των ανωτέρω επιτροπών ορίζονται ως εξής:

- Επιτροπή Αθηνών: υπάγονται οι ασφαλισμένοι του λεκανοπεδίου Αττικής, νομών Κορινθίας, Βοιωτίας πλην των ασφαλισμένων Δυτικής Αττικής και Πειραιώς.
- Επιτροπή Πειραιά: υπάγονται οι ασφαλισμένοι Δυτικής Αττικής και Πειραιώς, Χίου, Λέσβου, Σάμου, Κυκλάδων, Δωδεκανήσου.
- Επιτροπή Θεσσαλονίκης: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Χαλκιδικής, Ημαθίας, Κιλκίς, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών, Θεσσαλονίκης, Κοζάνης, Πτολεμαΐδας.
- Επιτροπή Ηρακλείου Κρήτης: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων Κρήτης.
- Επιτροπή Λάρισας: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων, Βοιωτίας, Ευβοίας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας, Φωκίδος.

- ο Επιτροπή Πατρών: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Αχαΐας, Ζακύνθου, Κεφαλληνίας, Αρκαδίας, Ηλείας, Μεσσηνίας, Λακωνίας, Αργολίδος.
- ο Επιτροπή Ιωαννίνων: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Ιωαννίνων, Άρτας, Πρέβεζας, Θεσπρωτίας, Λευκάδας, Κερκύρας, Άρτας και Αιτωλοακαρνανίας.
- ο Επιτροπή Αλεξανδρούπολης: υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Νομών Κιλκίς, Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ροδόπης, Ξάνθης.

Οι ασφαλισμένες/οι θα κλείνουν ραντεβού στις Επιτροπές Εξωσωματικής μέσω τηλεφωνικής γραμμής η οποία θα ορισθεί από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ ή τις ΠΕΔΥ (ανάλογα με την έδρα της εκάστοτε Επιτροπής).

Τηλέφωνα για ραντεβού:

- Επιτροπή Αθήνας: Εδρεύει επί της οδού Απ.Παύλου 12, Μαρούσι. Τηλέφωνο για ραντεβού: 210 8110684 (fax: 210 8110528)
- Επιτροπή Πειραιώς: Εδρεύει επί της οδού Μπουμπουλίνας 7-13, Πειραιάς. Τηλέφωνο για ραντεβού: 210-4176153 (fax: 210 4127801)
- Επιτροπή Θεσσαλονίκης: Εδρεύει στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» - Κωνσταντινουπόλεως 49, Θεσσαλονίκη. Τηλέφωνο για ραντεβού: 2310-594832
- Επιτροπή Ηρακλείου Κρήτης: Εδρεύει επί της οδού Καζάνη 4, Ηράκλειο Κρήτης. Τηλέφωνο για ραντεβού: 2810-246777 (φαξ: 2810-246785, 246783)
- Επιτροπή Λάρισας: Εδρεύει επί της οδού Ρούσβελτ 4, Λάρισα. Τηλέφωνο για ραντεβού: 2410-531942 (φαξ: 2410-534763)
- Επιτροπή Πατρών: Εδρεύει επί της οδού Γιαννιτσών 3, Πάτρα. Τηλέφωνο για ραντεβού: 2610-466604 (φαξ: 2610-466584)
- Επιτροπή Ιωαννίνων: Εδρεύει επί της οδού Φιλικής Εταιρείας 16, Ιωάννινα. Τηλέφωνο για ραντεβού: 26510-59635. (φαξ: 26510-70798)
- Επιτροπή Αλεξανδρούπολης: Εδρεύει στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Περιοχή Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη. Τηλέφωνο για ραντεβού: 25510-76297

Οι ασφαλισμένοι/ες 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:

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

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 κρυσυντήρηση 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 2του 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.

Οι ανωτέρω Επιτροπές, καταγράφουν την ημερήσια κίνηση και τα στοιχεία των ασφαλισμένων που εξετάζουν (για λόγους ιστορικότητας των περιστατικών) **ηλεκτρονικά σε φόρμα/αναφορά η οποία θα σας αποσταλεί ηλεκτρονικά**. Επισημαίνονται τα ακόλουθα:

- **Είναι απαραίτητη η συμπλήρωση όλων των πεδίων της αναφοράς** του (και κυρίως των κέντρων στα οποία γίνεται η προσπάθεια) προκειμένου ο ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο Υγείας να έχουν στοιχεία επιδημιολογικά στη διάθεσή τους.
- **Για τη συμπλήρωση συγκεκριμένων πεδίων της αναφοράς υπάρχουν, προς διευκόλυνσή σας, οδηγίες ώστε να χρησιμοποιείται η ίδια διατύπωση σε όμοιες περιπτώσεις. Οι οδηγίες αυτές αναφέρονται Παράρτημα 3 με τίτλο «Οδηγίες Συμπλήρωσης Αναφοράς»**
- Η αναφορά αυτή αποστέλλεται **ηλεκτρονικά (και μόνον)** κάθε τρεις μήνες στη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ και στην ηλεκτρονική διεύθυνση d6.t1@eopyy.gov.gr
- 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

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).

Η ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των ανωτέρω Επιτροπών ορίζεται στις 10.06.2014.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΡΟΤΥΠΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΝΟΣΟ GAUCHER

<p>Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p>Προς 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 (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαγγίων, δοσολογία):</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγούμενη θεραπεία:</p>
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του σκευάσματος στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Τεκμηρίωση της νόσου (μόνο για την πρώτη φορά) με έλεγχο β-γλουκοσερεβροσιδάσης (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ή από άλλο κέντρο) ή με έλεγχο DNA για γονότυπο</p> <p>2. Πρόσφατη μέτρηση χιτοτριοσιδάσης</p> <p>3.Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος</p> <p>4.Πρόσφατη αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα κοιλίας</p>
<p>ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ</p>	<p>Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ZAVESCA

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</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 τα φάρμακα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλλάγιων):</p> <p>Zavesca* <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Δοσολογία:</p> <p><small>*Όταν χορηγείται σε νόσο νόσο Niemann-Pick τύπου C (για χορήγηση σε νόσο Gaucher χρησιμοποιείται η αντίστοιχη γνωμάτευση για τη νόσο Gaucher)</small></p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><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:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p> <p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1. Εξετάσεις που τεκμηριώνουν τη νόσο ή την υποτροπή αυτής. 2. Πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

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

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού:</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας 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 (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλλάγιων, δοσολογία):</p> <p>Replagal..... <input type="checkbox"/></p> <p>Myozyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fabrazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Elaprase..... <input type="checkbox"/></p> <p>Aldurazyme..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του..... στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><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:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p>
	<p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1. Στοιχεία τεκμηρίωσης της νόσου από το ιστοιούτο υγείας του παιδιού ή άλλο κέντρο του εσωτερικού ή εξωτερικού.</p>


ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ REMODULIN

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας 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 (περιεκτικότητα, αριθμός εμβαλλαγίων, δοσολογία):</p> <p>Remodulin..... </p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του σκευάσματος. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><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:</p> <p>Διάγνωση:</p>
	<p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες/ανταπόκριση:</p> <p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1. Triplex καρδιάς (με μέτρηση κεντρικής πίεσης). 2. Ακτινογραφία θώρακος ή πόρισμα αυτής.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ FORSTEO /PREOTACT

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλέφωνο 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</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης τεριπαρατίδης ή ανθρώπινης παραθορμόνης.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	
<p><u>Ενδείξεις για τις οποίες χορηγείται το φάρμακο (να γίνει επιλογή).</u></p> <p>7. Εγκεκριμένες ενδείξεις Forsteo:</p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα. <input type="checkbox"/></p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με παρατεταμένη και συστηματική θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή σε γυναίκες και άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα <input type="checkbox"/></p> <p>8. Εγκεκριμένες ενδείξεις Preotact:</p> <p>Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>Στοιχεία θεραπείας</u></p> <p>9. Πρόκειται για το φάρμακο</p> <p>Forsteo <input type="checkbox"/></p> <p>Preotact <input type="checkbox"/></p> <p>Σε περίπτωση προηγούμενης χορήγησης να αναγραφεί η ημερομηνία έναρξης της θεραπείας:</p> <p>Αριθμός ενέσεων (Forsteo/Preotact) που έχει λάβει ήδη ο ασθενής:</p> <p>Αιτούμενο διάστημα αγωγής:</p>	
<p><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></p>	

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

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

T-score:

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

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

T-score:

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

B1. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:

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

Εάν ναι, αναφέρατε:.....

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό Διάστημα αγωγής:

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

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό διάστημα αγωγής:

Γ. Πρόσφατη μέτρηση 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 ενδορινικά δεν είναι δόκιμη αγωγή για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης βάσει σχετικού εγγράφου του ΕΟΦ)

Επισυναπτόμενα:

1. Μέτρηση οστικής πυκνότητας.

2. Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση

3. Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ SYNAGIS

ΛΟΓΟΤΥΠΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	Προς Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ:	
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 <u>5 μηνιαίες δόσεις</u> .	
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 ασθένειας που αποδεικνύουν τη χορήγηση εισπνεόμενων σκευασμάτων για τη ΒΠΔ τους τελευταίους έξι μήνες.	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας 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/α φάρμακο/α (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαγγίων, δοσολογία):</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγηθείσες θεραπείες:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του στον ασφαλισμένο.</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p>Προϋποθέσεις και Κριτήρια:</p> <p>8.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:</p> <p>Διάγνωση:</p> <p>Η πιστοποίηση της ασθένειας έγινε με:</p> <p>Αξονική τομογραφία (πόρισμα): <input type="checkbox"/></p> <p>Βιοψία (πόρισμα): <input type="checkbox"/></p>
	<p>Αναφορά σε καρκινικούς δείκτες:</p> <p>Προηγηθείσες θεραπείες:</p> <p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Πρόσφατο πόρισμα αξονικής τομογραφίας</p> <p>2. Πόρισμα βιοψίας.</p> <p>3. Συνταγή γιατρού.</p> <p>4. Καρκινικοί δείκτες.</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΒΟΤΟΧ/DYSPORT

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία:

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 <input type="checkbox"/>) Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:</p> <p>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>
<p><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>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 Με υγρού τύπου ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) <input type="checkbox"/> Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p>
	<p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε: Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1^η χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

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</p> <p>Lucentis (ranibizumab) <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:</p> <p>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα :</p>
<p><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>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά Με υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/></p> <p>Με οίδημα ωχράς κηλίδας <input type="checkbox"/> διαβητικής αιτιολογίας <input type="checkbox"/></p> <p>Με απόφραξη φλέβας <input type="checkbox"/> αμφιβληστροειδούς <input type="checkbox"/></p> <p>Με δευτεροπαθή χοριοεδική νεοαγγείωση λόγω παθολογικής μυωπίας <input type="checkbox"/></p> <p>Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας <input type="checkbox"/></p> <p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

<p><u>Εκδίδεται από:</u></p> <p>Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</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 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 (verteporfin) <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός χορηγήσεων που έχει λάβει ο ασθενής σε: Δεξιό οφθαλμό Αριθμός: Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες για την νόσο:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του verteporfin. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><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: -εξιδρωματική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση ωχράς κηλίδος με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) <input type="checkbox"/></p> <p>- υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία. <input type="checkbox"/></p> <p>Με χρήση φλουροαγγειογραφίας</p>
	<p>Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις.</p> <p>.....</p> <p>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση: Δεξιός οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερός Οφθαλμός <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα: 1.Φλουροαγγειογραφία για 1^η χορήγηση 2.ΟCT (πρόσφατη κάθε φορά).</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ /ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΡΑΔΙΟΦΑΡΜΑΚΑ

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ Ημερομηνία: Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:	<u>Προς</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Βεβαίωση για την χορήγηση ραδιοφαρμάκου	
<u>Α.Στοιχεία ασφαλισμένου/ης</u>	
1.Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου	
2.ΑΜΚΑ	
3.Α.Μ.	
<u>Β.Ιδιοσκέυασμα που πρέπει να χορηγηθεί:</u>	
<u>Γ. Γενικές πληροφορίες για την κατάσταση της ασθενούς και την φαρμακευτική αγωγή.</u>	
Νόσημα	
Φαρμακευτική αγωγή όπου έχει υποβληθεί ο ασθενής.	
Έχει γίνει ακτινοθεραπεία	ΝΑΙ <input checked="" type="checkbox"/> ΟΧΙ <input checked="" type="checkbox"/>
Τεκμηρίωση της αναγκαιότητας χορήγησης του ραδιοφαρμάκου/ δόσεις που έχουν χορηγηθεί.	
<u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u> 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 .	

ΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ

<p><u>Εκδίδεται από:</u> Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ.επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p><u>Προς</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΤΜΗΜΑ: ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ 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:</p> <p>(Να συμπληρωθούν εμπορική ονομασία, μορφή, περιεκτικότητα, δοσολογία και οδός χορήγησης & αριθμός εμβλαλαγίων)</p> <p>.....</p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:</p> <p>Προηγούμενη Θεραπεία:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p><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:</p> <p>Διάγνωση.....</p> <p>Προηγούμενες θεραπείες που έχει λάβει ο ασθενής για το συγκεκριμένο νόσημα</p> <p>.....</p>
	<p><u>Επισυναπτόμενα:</u></p> <p>1.Εξετάσεις που τεκμηριώνουν το νόσημα και την ανταπόκριση του ασθενούς.</p> <p>2.Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



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

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

- ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα : απόφραξη σαλπίνγων, εκτομή σαλπίνγων, ενδομητρίωση μετά θεραπεία, σοβαρή ολιγοσπερμία, ασθενοσπερμία, αζωοσπερμία, τερατοσπερμία, OATS, κρυσσυντήρηση ωαρίων, προεμφυτευτική διάγνωση, κ.α.)
- ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ Ή ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ - ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ. ΝΑΙ ΟΧΙ
- 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
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΤΟΥ 1.000.000/ml ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΟΥΡΟΛΟΓΟ Ή ΑΝΔΡΟΛΟΓΟ Ή ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ.
ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.
ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΙΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV-1, HIV-2), ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΚΑΙ ΣΥΦΙΛΗΣ (VDRL Ή RPR). ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ, ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ, ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).
ΝΑΙ ΟΧΙ
- 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 ΊΔΙΟ ΔΕΙΓΜΑ. ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ. ΝΑΙ ΟΧΙ
- ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ. ΝΑΙ ΟΧΙ
- 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
- ΚΕΝΤΡΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ Η ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 1458 ΤΟΥ ΑΣΤΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ.
- 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).
- ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.
ΝΑΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΘΟΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ

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

16. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

.....

17. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ, ΓΟΝΑΔΡΟΤΡΟΠΙΝΩΝ, ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ ΌΠΟΥ ΘΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΌΤΙ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΝΑΙ
ΟΧΙ

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

22. ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ

ΝΑΙ ΟΧΙ

23. 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

24. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ. ΝΑΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
ΑΜΚΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	

25. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

.....

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

28. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

29. Triplex όρχεων

ΝΑΙ ΟΧΙ

30. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

31. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

ΝΑΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Παράρτημα 3: ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ (αριθμός απόφασης+γράμματα, εάν υπάρχουν πχ 310 Α)
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ	π.χ. 01/03/2012
ΠΟΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	ΑΘΗΝΑ ΠΕΙΡΑΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΠΑΤΡΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ ΙΩΑΝΝΙΝΑ
ΜΗΝΑΣ	ΟΛΟΓΡΑΦΩΣ
ΑΜΚΑ	Αποκλειστικά 11 ψηφία
ΗΛΙΚΙΑ	Αριθμητικώς πχ 35
ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ	ΥΑ: ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΩ: ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΙΑΣ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ
ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ	ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΜΗΝΕΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ	ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΝΟΥΜΕΡΑ π.χ. 1η, 2η κ.ο.κ.
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	CA ΩΟΘΗΚΩΝ CA ΟΡΧΕΩΣ ΥΨΗΛΗ FSH ΟΛΙΓΟΑΣΘΕΝΟΣΠΕΡΜΙΑ ΟΛΙΓΟΑΣΘΕΝΟΤΕΡΑΤΟΣΠΕΡΜΙΑ PCO ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΑΖΩΟΣΠΕΡΜΙΑ (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ: ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ Ή ΜΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ) ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΟΘΗΚΩΝ ΑΝΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΙΑ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ: Δ/Α/ΑΜΦΩ) ΕΚΤΟΜΗ ΣΑΛΠΙΓΓΑΣ/ΩΝ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟΣ ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΑΝΑΓΚΗ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΧΑΜΗΛΗ ΑΜΗ ΆΛΛΗ: ΓΡΑΨΤΕ ΣΥΝΤΟΜΟ ΚΕΙΜΕΝΟ