



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 26 Ιουνίου 2013

Αρ. Πρωτ.: 22049

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών Υγείας  
Δ/ση: Φαρμάκου  
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής  
Πληροφορίες: Χ.Κανή  
Τηλ.:210-8110655 Fax: 210-8110694  
Ταχ. Δ/ση: Απ.Παύλου 12, 151 23 Μαρούσι  
E-mail: [d6@eopyy.gov.gr](mailto:d6@eopyy.gov.gr)

**ΠΡΟΣ**

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

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

Σχετικά:

1. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου 5297/04.02.2013

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού (1) εγγράφου επισυνάπτονται πρότυπες επικαιροποιημένες γνωματεύσεις για νευρολογικά φάρμακα και ραδιοφάρμακα, οι οποίες αντικαθιστούν και συμπληρώνουν προηγούμενες γνωματεύσεις του σχετικού 1.

Προς διευκόλυνση και για αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων επισημαίνεται ότι απαιτείται μόνο η κατάθεση του προτύπου γνωμάτευσης με τα επισυναπτόμενα που αναφέρει (όπου εφαρμόζεται) για την αρχική εξέταση του φακέλου από την Επιτροπή.

Συν/μενα φύλλα: 3

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

1. Υπουργείο Υγείας
  - Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
  - Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
2. Γραφείο Προέδρου
3. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
4. Γραφείο Αντιπροέδρου Β'
5. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος  
Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854 Αθήνα

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

**ΕΛ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ**

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια  
Ο προϊστάμενος της γραμματείας

**6. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)****7. ΤΑΥΤΕΚΩ ΕΤΒΑ**

Γ' Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

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

Γ' Σεπτεμβρίου 8, 10432 Αθήνα

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

Πατησίων 54, β' όροφος, 10682 Αθήνα

**10. ΗΔΙΚΑ ΑΕ**

Λ. Συγγρού 101 &amp; Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα

**11. Γραφείο Γενικού Διευθυντή****12. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ:**

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

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

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

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

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

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

**Φαρμακεία υπόλοιπης Ελλάδος:**

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τούμπας (Τζουμαγιάς 64, 54351 Θεσσαλονίκη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πάτρας (Γιαννιτσών 3, 26222 Πάτρα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ιωαννίνων (Παύλου Μελά 34, 45100 Ιωάννινα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λάρισας ((Ρούσβελτ 4, 41222 Λάρισα)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λαμίας (Θερμοπυλών 77, 35100 Λαμία)

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

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

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

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Μυτιλήνης (Πλατεία Μαρτύρων 81100 Μυτιλήνη)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κομοτηνής (Υψηλάντου 2, 69100 Κομοτηνή)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πύργου (Τάκη Πετροπούλου 8, 27100 Πύργος)

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καβάλας (Φιλικής Εταιρείας 6, 65403 Καβάλα)

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

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

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

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πρέβεζας (Σελευκείας 9, 48100 Πρέβεζα)

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

## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΤΟΧ/ΔΥΣΠΟΡΤ

<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 &amp; φορέα)</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p><u>Προς</u></p> <p><b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</b>  <b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ</b>  <b>ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>  <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>  <b>ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b></p>
<p><b><u>Στοιχεία ασθενούς</u></b></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ. :</p> <p>3. ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Ονοματεπώνυμο</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ηλικία (Έτος Γέννησης):</p>	<p><b><u>Στοιχεία θεραπείας</u></b></p> <p>7. Πρόκειται για το σκεύασμα (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαλαγίων):</p> <p>Botox <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Dysport <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Χορήγηση για 1<sup>η</sup> 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><b><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></b></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><b><u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u></b></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><b><u>Επισυναπτόμενα:</u></b></p> <p>-Πόρισμα MRI/CT απεικόνισης σε ΑΕΕ <input type="checkbox"/></p>
<p>Σημείωση:</p> <p>1. Τα σκεύασμα Botox &amp; Dysport προορίζονται για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό και κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.</p>	

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

## ΠΡΩΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ FAMPIRIDINE

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

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.Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου

2.ΑΜΚΑ

3.Α.Μ.

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

Νόσημα

Φαρμακευτική αγωγή όπου έχει υποβληθεί ο ασθενής.

Έχει γίνει ακτινοθεραπεία

ΝΑΙ ΟΧΙ 

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

**Δήλωση συνταγογράφου ιατρού**

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

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

- 1.Γνωμάτευση και Films (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 .