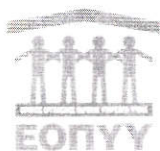




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας: 151 23
Πληροφορίες: Α. Πασχάλη
Τηλ.: 210-8110575, Φαξ: 210-8110694
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Αθήνα 20-10-2014

Αρ. Πρωτ.: Φ36/ΟΙΚ. 36616

ΠΡΟΣ:

1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ
2. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ & ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΕΟΠΥΥ
4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

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

Σχετικό 1: Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου Γ32/186/οικ. 32237/12.09.14

Σε αντικατάσταση 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 σας 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: 15

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ



ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ:

1.Υπουργείο Υγείας

**Γραφείο Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας κ. Χ. Παπανικολάου
Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ**

2. Γραφείο Προέδρου

3. Γραφείο Αντιπροέδρου

4. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

Πλουτάρχου 3, 10675 Αθήνα

5.Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος

Πειραιώς 134 & Αγαθήμερου, 11854 Αθήνα

6. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)

7. ΗΔΙΚΑ ΑΕ

Λ. Συγγρού 101 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα

8. Γραφείο Γενικού Διευθυντή Σχεδιασμού & Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας

**9. Διεύθυνση Πληροφορικής ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Ανάπτυξης και Υποστήριξης
Υπηρεσιών**

10. Υ.ΠΕ.ΔΥ.ΦΚΑ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:

α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐

β) Ιδιωτική Κλινική ☐

γ) Μονάδα Ημερήσιας
Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐

Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού /
(Ιδρύματος) / Ημερομηνία

Τηλ. Θεράποντος:

ΠΡΟΣ:

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Στοιχεία ασθενούς:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
Επίθετο:

Όνομα:

5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Στοιχεία θεραπείας:

7. Πρόκειται για το φάρμακο

LUCENTIS (RANIBIZUMAB) ☐

Η παρούσα ένεση θα γίνει:

Δεξιό οφθαλμό ☐

Αριστερό οφθαλμό ☐

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:**

Α/Α	Α. 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 νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας ☐
- Με έκπτωση της όρασης που οφείλεται σε οίδημα της ωχράς κηλίδας διαβητικής αιτιολογίας (DME) ☐
- Με έκπτωση της όρασης που οφείλεται σε δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη φλέβας του αμφιβληστροειδούς (RVO κλάδου ή κεντρική RVO) ☐
- Με έκπτωση της όρασης που οφείλεται σε δευτεροπαθή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) από παθολογική μυωπία (PM) ☐

	Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT 2) Με χρήση φλουοραγγειογραφίας Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοραγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις: <u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:
	<u>Επισυναπτόμενα:</u> 1) Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία

(σφραγίδα υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ EYLEA

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:

α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐

β) Ιδιωτική Κλινική ☐

γ) Μονάδα Ημερήσιας
Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐

Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού /
(Ιδρύματος) / Ημερομηνία

Τηλ. Θεράποντος:

ΠΡΟΣ:

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Στοιχεία ασθενούς:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

Επίθετο:

Όνομα:

5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Στοιχεία θεραπείας:

7. Πρόκειται για το φάρμακο
EYLEA (AFLIBERCEPT) ☐

Η παρούσα ένεση θα γίνει:

Δεξιό οφθαλμό ☐

Αριστερό οφθαλμό ☐

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:**

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 aflibercept 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 νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας ☐

-Με διαταραχής της όρασης λόγω δευτεροπαθούς οιδήματος της ωχράς κηλίδας από απόφραξη της φλέβας του αμφιβληστροειδούς (κλαδικής RVO ή κεντρικής RVO) ☐

-Με διαταραχή της όρασης λόγω διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας (DME) ☐

	Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT 2) Με χρήση φλουοραγγειογραφίας Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοραγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις: <u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:
	<u>Επισυναπτόμενα:</u> 1) Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:

- α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐
- β) Ιδιωτική Κλινική ☐
- γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐

Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος) / Ημερομηνία

Τηλ. Θεράποντος:

ΠΡΟΣ:

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Στοιχεία ασθενούς:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

Επίθετο:

Όνομα:

5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Στοιχεία θεραπείας:

7. Πρόκειται για το φάρμακο

MACUGEN (PEGAPTANIB SODIUM) ☐

Η παρούσα ένεση θα γίνει:

Δεξιό οφθαλμό ☐

Αριστερό οφθαλμό ☐

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: ☐

(μέγιστος χρόνος θεραπείας 24 μήνες)

Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:

Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.	
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΕΥΤ
1				
2				
3				
4				
5				

Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του regaptanib στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	<u>Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:</u> <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) <u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:</u> -Με νεοαγγειακή (υγρού τύπου) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT 2) Με χρήση φλουοραγγειογραφίας Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοραγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις: <u>Αρχική οπτική οξύτητα:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: <u>Επισυναπτόμενα:</u> 1.Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2.OCT (πρόσφατη κάθε φορά).
-----------------------------------	---

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ OZURDEX

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:

- α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐
- β) Ιδιωτική Κλινική ☐
- γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐

Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος) / Ημερομηνία

Τηλ. Θεράποντος:

ΠΡΟΣ:

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Στοιχεία ασθενούς:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
Επίθετο:

Όνομα:

5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Στοιχεία θεραπείας:

7. Πρόκειται για το φάρμακο

OZURDEX (DEXAMETHAZONE)

Το παρόν εμφύτευμα θα τοποθετηθεί στο:

Δεξιό οφθαλμό

Αριστερό οφθαλμό

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε:

Δεξιό οφθαλμό Ημερομηνία:

Αριστερό οφθαλμό Ημερομηνία:

Συνολικός αριθμός εμφυτευμάτων που έχει λάβει ο ασθενής σε:

Δεξιό οφθαλμό Αριθμός:

Αριστερό οφθαλμό Αριθμός:

Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:

Α/ Α	Δ. Ο.		Α. Ο.	
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ
1				
2				
3				
4				
5				

6				
7				
8				
9				

Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:

Δήλωση συνταγογράφου ιατρού

6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του dexamethazone 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 οπτική διαταραχή λόγω διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας (DME) (ασθενείς που είναι ψευδοφακικοί ή που θεωρείται ότι ανταποκρίνονται ανεπαρκώς στη θεραπεία με μη κορτικοστεροειδή ή δεν είναι κατάλληλοι για θεραπεία με μη κορτικοστεροειδή) ☐

-Με οίδημα της ωχράς κηλίδας είτε μετά από απόφραξη της κλαδικής αμφιβληστροειδικής φλέβας (BRVO) είτε μετά από απόφραξη της κεντρικής αμφιβληστροειδικής φλέβας (CRVO) ☐

-Με φλεγμονή του οπίσθιου τμήματος του οφθαλμού η οποία παρουσιάζεται ως μη λοιμώδης ραγοειδίτιδα ☐

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:

1) Με OCT ☐

2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας ☐

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

Αρχική οπτική οξύτητα:

Δεξιός οφθαλμός ☐ Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός ☐ Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:

Δεξιός οφθαλμός ☐ Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός ☐ Ημερομηνία:

	<u>Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):</u> Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:
	<u>Επισυναπτόμενα:</u> 1) Φλουοραγγειογραφία για 1η χορήγηση 2) OCT για 1η χορήγηση

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ JETREA

<u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u> α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐ β) Ιδιωτική Κλινική ☐ γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐ Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος) / Ημερομηνία Τηλ. Θεράποντος:	<u>ΠΡΟΣ:</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
<u>Στοιχεία ασθενούς</u> 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Επίθετο: Όνομα: 5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	<u>Στοιχεία θεραπείας:</u> 7. Πρόκειται για το φάρμακο: JETREA (OCRIPLASMIN) <u>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</u> Δεξιό οφθαλμό Αριστερό οφθαλμό <u>Ένεση μια φορά ως εφάπαξ δόση και για τη</u> <u>θεραπεία εκάστου οφθαλμού</u> Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:
<u>Δήλωση συνταγογράφου</u> <u>ιατρού</u> 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του ocriplasmin στον ασφαλισμένο. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.	<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) <u>Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:</u> 1) Με υαλοειδωχρική έλξη (VMT), με διαστάσεις βάσης: (μ)

Υπογραφή ιατρού:	συνταγογράφου 2) υαλοειδωχρική έλξη σχετιζόμενη με την οπή της ωχράς κηλίδας διαμέτρου μικρότερης ή ίσης με 400 μικρά Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT 2) Οφθ/κό ιστορικό πλήρες: Αρχική οπτική οξύτητα: Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση: Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:
	Επισυναπτόμενα: 1) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:	ΠΡΟΣ:																								
α) Κρατικό Νοσοκομείο ☐ β) Ιδιωτική Κλινική ☐ γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) ☐ Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος) / Ημερομηνία Τηλ. 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.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Επίθετο: Όνομα: 5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	Στοιχεία θεραπείας 7. Πρόκειται για το φάρμακο: VISUDYNE (VERTEPORFIN) ☐ <u>Η παρούσα ένεση αφορά σε θεραπεία:</u> Δεξιού οφθαλμού ☐ Αριστερού οφθαλμού ☐ Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό ☐ Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό ☐ Ημερομηνία: Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής για θεραπεία: Αριθμός: (Σε περίπτωση επανεμφάνισης CNV διαρροής, η θεραπεία με Visudyne μπορεί να γίνεται μέχρι 4 φορές το χρόνο) <u>Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:</u> <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Α/Α</th><th colspan="2">Δ. Ο.</th><th colspan="2">Α. Ο.</th></tr><tr><th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th><th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ</th><th>ΗΜΕΡ/ΝΙΑ</th><th>ΟΠΤ.ΟΞΥΤ</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.		ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ	1					2					3				
Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.																						
	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΟΠΤ.ΟΞΥΤ																					
1																									
2																									
3																									

	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:					
Δήλωση συνταγογράφου ιατρού 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης της verteporfin 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 εξιδρωτική (υγρή) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) με επικρατούσα κλασική υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) -Με υποβοθριακή χοριοειδική νεοαγγείωση, η οποία έχει προκληθεί από παθολογική μυωπία Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε: 1) Με OCT 2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουοροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις: Αρχική οπτική οξύτητα: Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία: Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση: Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία: Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:			
		Επισυναπτόμενα: 1.Φλουοραγγειογραφία για 1 ^η χορήγηση 2.OCT (πρόσφατη κάθε φορά).			

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα-υπογραφή)