



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

Αθήνα, 31 Ιουλίου 2014

Αρ. Πρωτ.: Γ31/1009/οικ. 28573

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΕΠΙΣΤ. 1943
ΑΡΧΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ
ΗΜΕΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΗΣ 21/8/2014

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, 151 23 Μαρούσι
E-mail: d6@eopyy.gov.gr

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 τα Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους».

Σχετικά: 1. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού 1 σας κοινοποιούμε με το παρόν έγγραφο πρότυπη επικαιροποιημένη γνωμάτευση για φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της νεοαγγειακής (υγρού τύπου) ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας (AMD), καθώς και της διαταραχής της όρασης λόγω δευτεροπαθούς οιδήματος της ωχράς κηλίδας από απόφραξη της κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO).

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: 2

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. ΚΟΝΤΟΣ



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

την 7/8/2014

~~Αναστάσιος~~

ΕΥΣΑΘΙΑ ΑΠΑΡΑΝΤΟΥ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ EYLEA

<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 EYLEA (aflibercept) <input type="checkbox"/></p> <p>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</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>Έναρξη θεραπείας:</p> <p>AMD:1 ένεση το μήνα για 3 μήνες και μετά 1 ένεση ανά 2 μήνες. Οίδημα ωχράς κηλίδας λόγω CRVO: 1 ένεση το μήνα.</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>Αήλωση συνταγογράφου ιατρού</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>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</p> <p>6.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 AMD <input type="checkbox"/></p> <p>Με απόφραξη φλέβας αμφιβληστροειδούς CRVO <input type="checkbox"/></p>

	<p>Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:</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>Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση σε:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αρχική οπτική οξύτητα:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>
	<p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1) OCT για 1^η χορήγηση</p> <p>2) Φλουροαγγειογραφία για 1^η χορήγηση</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Ημερομηνία
υπογραφή)

(σφραγίδα)