



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
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: 15123
Πληροφορίες: Α. Πασχάλη
Τηλ.: 210-8110575, Φαξ: 210-8110694
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

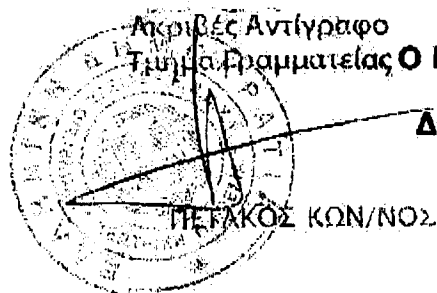
ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για νευρολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους.

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.
2. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου Φ36/ΟΙΚ.37661 24-10-14

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού 1 και 2 σας κοινοποιούμε με το παρόν έγγραφο πρότυπες επικαιροποιημένες γνωματεύσεις για νευρολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους

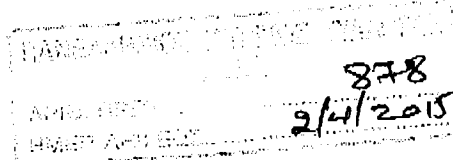
Προς διευκόλυνση και για αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων επισημαίνεται ότι απαιτείται μόνο η κατάθεση του προτύπου γνωμάτευσης με τα επισυναπτόμενα που αναφέρει για την εξέταση του φακέλου από την Επιτροπή, εκτός εάν ζητηθεί κατά περίπτωση επιπλέον διευκρίνιση από την Επιτροπή.

Συν/μένα φύλλα: 2



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ
ΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. ΚΟΝΤΟΣ

ΠΕΤΡΑΚΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ



Μαρούσι 2.4.2015

Αρ. Πρωτ: Φ36/ΟΙΚ. 12461

ΠΡΟΣ:

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

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΒΟΤΟΧ/ΔΥΣΠΟΡΤ/ΝΕΥΡΟΒΛΟΚ

<p>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</p> <p>Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο: <input type="checkbox"/></p> <p>Κρατικό Νοσοκομείο: <input type="checkbox"/></p> <p>Σφραγίδα /υπογραφή (ιατρού & φορέα)</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος ιατρού:</p>	<p>ΠΡΟΣ:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:</p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ. :</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΕΠΪΘΕΤΟ:</p> <p>ΟΝΟΜΑ:</p> <p>5.ΗΛΙΚΙΑ (Έτος Γέννησης):</p>	<p>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:</p> <p>7. Πρόκειται για το σκεύασμα: (περιεκτικότητα, αριθμός εμβολαγίων):</p> <p>ΒΟΤΟΧ <input type="checkbox"/>.....</p> <p>ΔΥΣΠΟΡΤ <input type="checkbox"/>.....</p> <p>ΝΕΥΡΟΒΛΟΚ <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Χορήγηση για 1^η φορά: <input type="checkbox"/></p> <p>Συνεχιζόμενη θεραπεία: <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία τελευταίας λήψης:.....</p> <p>Εμπειρία ασθενούς από παλαιότερη χορήγηση: <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:</p> <p>6. Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου:</p> <p>.....</p> <p>ως φάρμακο περιορισμένης χρήσης: «για αποκλειστική νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη εξειδίκευση και εμπειρία» και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον</p>	<p>ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ</p> <p>8.Ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το φάρμακο από τον ασφαλιστικό φορέα (να γίνει επιλογή):</p> <p>1) Εγκεκριμένες ενδείξεις ΒΟΤΟΧ:</p> <p>α) Αυχενική δυστονία-σπαστικό ραιβόκρανο ενηλίκων <input type="checkbox"/></p> <p>β) Βλεφαρόσπασμος/ημισπασμος προσώπου και συσχετιζόμενων εστιακών δυστονιών <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Εστιακή σπαστικότητα που σχετίζεται με δυσμορφία άκρου ποδός (ιπποποδία) από εγκεφαλική παράλυση παιδιών από 2 ετών ή μεγαλύτερα <input type="checkbox"/></p> <p>δ) Εστιακή σπαστικότητα καρπού και χεριού σε ενήλικες μετά από Α.Ε.Ε. <input type="checkbox"/></p> <p>ε) Ανακούφιση συμπτωμάτων σε ενήλικες που πληρούν τα κριτήρια για τη χρόνια ημικρανία (>=15 ημέρες/μήνα x 3 μήνες από τις οποίες τουλάχιστον 8 ημέρες με</p>

