



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

Αθήνα, 23-01-2015
Αρ. Πρωτ.: ΔΒ4Α/Γ99/10

12
[Handwritten signature]



Γενική Δ/ση: Οργάνωσης & Σχεδιασμού **ΠΡΟΣ**
Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
Δ/ση: Φαρμάκου
Τμήμα: Σχεδιασμού και Παρακολούθησης
Χορήγησης Φαρμάκων
Πληροφορίες: Χ.Κανή
Τηλ.:210 8110655, 575 Fax:210 8110694
Ταχ. Δ/ση: Απ.Παύλου 12, Τ.Κ. 151 23 Μαρούσι
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

- 1.Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
- 2.ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
- 3.Ελληνική Νευρολογική Εταιρία
- 4.Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
- 5.ΚΜΕΣ
- 6.ΥΠΕΔΥΦΚΑ
- 7.ΗΔΙΚΑ

Θέμα: «Σχετικά με πρότυπο γνωμάτευσης του φαρμάκου AUBAGIO (teriflunomide)».

Σχετικά: 1. Η Υ.Α. 108477/ 16.12.2014 (ΦΕΚ Β' 3376) Θετικός Κατάλογος Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Σε συνέχεια του ανωτέρου σχετικού βάσει του οποίου το φάρμακο AUBAGIO (teriflunomide) αποζημιώνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν τεκμηριωμένη δυσανεξία ή/και αντένδειξη στις άλλες θεραπείες πρώτης γραμμής στη σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει για την εκτέλεση των σχετικών συνταγών να επισυνάπτεται συμπληρωμένο το συνημμένο έντυπο γνωμάτευσης.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΟΝΤΟΣ



ΑΘΗΝΑ 23/01/2015

[Handwritten signature]

Σελίδα 1 από 2

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΒΑΓΙΟ**ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:**Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο: Κρατικό Νοσοκομείο: Ιδιώτη Ιατρού:

Σφραγίδα /υπογραφή (ιατρού & φορέα)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ:

5.ΗΛΙΚΙΑ (Έτος Γέννησης):

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Πρόκειται για το σκεύασμα: (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαλλογίων):

ΑΥΒΑΓΙΟ (teriflunomide)

Ημερομηνία διάγνωσης νόσου:.....

Μορφή Νόσου (ICD-10):.....

Έναρξη θεραπείας: Συνέχιση θεραπείας: **3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Το ΑΥΒΑΓΙΟ ενδείκνυται για την αγωγή ενηλίκων ασθενών με υποτροπιάζουσα διαλείπουσα πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ).

Αποζημιώνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν τεκμηριωμένη δυσανεξία ή/και αντένδειξη στις άλλες θεραπείες πρώτης γραμμής στη σκλήρυνση κατά πλάκας

ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ

Περιγραφή:.....

Τεκμηρίωση:.....

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ

Περιγραφή:.....

Τεκμηρίωση με προσκόμιση:

Α) σχετικών εργαστηριακών εξετάσεων και/ή

Β) βεβαίωση ιατρού ανάλογης ειδικότητας

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Θεραπείες που έχει λάβει ο ασθενής μέχρι σήμερα:

ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΕΣ

Σκεύασμα:

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:

Ημερομηνία λήξης θεραπείας:

GLATIRAMER ACETATE

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:

Ημερομηνία λήξης θεραπείας:

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**

Σελίδα 2 από 2