



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: 15123

✓ Πληροφορίες: Α. Πασχάλη

Τηλ.: 210-8110575, Φαξ: 210-8110694

E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

Μαρούσι 3-2-2015

Αρ. Πρωτ: Φ36/ΟΙΚ. 3695

ΠΡΟΣ:

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

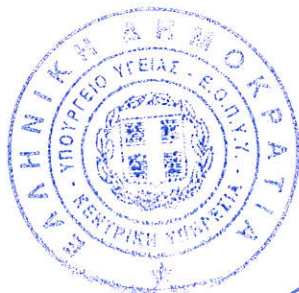
ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους.

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

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού 1 σας κοινοποιούμε με το παρόν έγγραφο πρότυπη γνωμάτευση για φάρμακο που εξετάζεται 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**

ΕΠΙΣΗΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
την 3-2-2015
Ο Προϊστάμενος

ΚΑΝΑΓΙΣΤΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ:

1. Υπουργείο Υγείας

Γραφείο Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας

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 Επεξεργασίας και Ελέγχου Συνταγών (ΚΜΕΣ)

7. ΗΔΙΚΑ ΑΕ

Λ. Συγγρού 101 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα

8. Γραφείο Γενικού Διευθυντή Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

9. Διεύθυνση Πληροφορικής ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Σχεδιασμού Συστημάτων/Υπηρεσιών

10. Υ.ΠΕ.ΔΥ.ΦΚΑ

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ESBRIET (Πιρφενιδόνη)**ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:**

- Κρατικό Νοσοκομείο } Έναρξη Θεραπείας ή
 Ιδιωτικό Νοσοκομείο } Αγωγή Συντήρησης
 Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ }
 Ιδιώτης Ιατρός } Αγωγή Συντήρησης

ΠΡΟΣ:**Ε.Ο.Π.Υ.Υ**

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝΣφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος) /
Ημερομηνία:**7. ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (θα συμπληρώνεται στην πρώτη
χορήγηση)****7.1. Κάπνισμα, pack years:** **7.2. Επαγγελματικό Ιστορικό σχετιζόμενο με τη νόσο:**
.....**7.3. Συνοπάρχοντα Νοσήματα:**
.....**7.4. Η διάγνωση τεκμηριώθηκε αφού έγιναν:**α) CT θώρακος HR

β) Κολλαγονικός έλεγχος

Θετικός Αρνητικός γ) Σπυρομέτρηση-Στατικοί Όγκοι-Διάχυση δ) Αέρια αίματος (όπου εφαρμόζεται) ε) Βιοψία Πνεύμονος (όπου εφαρμόζεται) Τηλέφωνο Επικοινωνίας
θεράποντος Ιατρού:**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:****1. ΑΜΚΑ:****2. Α.Μ:****3. ΤΑΜΕΙΟ:****4. Επώνυμο:**

Όνομα:

5. Ημερομηνία Γέννησης:**8. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**Πρόκειται για το ορφανό σκεύασμα Esbriet 267mg Caps (per
os) **8.1. ΝΕΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ / ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ** **-Esbriet 267mg (63 Caps): Bt 1 (ένα)**Συσκ. έναρξης 2 εβδομάδων: (1x3 πρώτη εβδομάδα & 2x3
δεύτερη εβδομάδα)**-Esbriet 267mg (252 Caps): Bt 1 (ένα)**

Συσκ. συντήρησης θεραπείας μηνός (3x3)

(* Επισημαίνεται ότι η συνταγογράφηση θα γίνεται σε διαφορετικές
συνταγές και όχι ταυτόχρονη εκτέλεσή τους)**8.2. ΑΣΘΕΝΗΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ** Ημερομηνία Έναρξης Θεραπείας: **-Esbriet 267mg (252 Caps): Αριθμός κουτιών:**

Συσκ. συντήρησης θεραπείας μηνός (3x3)

8.3. ΠΑΛΑΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ: ΕΠΑΝΕΝΑΡΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΚΟΠΗ Ημερομηνία Πρώτης Έναρξης Θεραπείας: Ημερομηνία διακοπής θεραπείας: Διάστημα Προηγούμενης λήψης αγωγής:

Εμπειρία Ασθενούς – Λόγοι Διακοπής:

.....
.....

-Esbriet 267mg (63 Caps): Bt 1 (ένα)

Συσκ. έναρξης 2 εβδομάδων: (1x3 πρώτη εβδομάδα & 2x3 δεύτερη εβδομάδα)

-Esbriet 267mg (252 Caps): Bt 1 (ένα)

Συσκ. συντήρησης θεραπείας μηνός (3x3)

(* Επισημαίνεται ότι η συνταγογράφηση θα γίνεται σε διαφορετικές συνταγές και όχι ταυτόχρονη εκτέλεσή τους)

Εμπειρία Ασθενούς από παλαιότερη χορήγηση:

.....
.....

9. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ & ΚΡΙΤΗΡΙΑ

9.1. Ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το Esbriet από το Ασφ. Φορέα:

(Σημ.: FVC: 50-80%, DLco>35%)

Εγκεκριμένη Ένδειξη Esbriet κατά την έναρξη της θεραπείας:

Ιδιοπαθής Πνευμονική Ίνωση (ICD10: J84.1)

Ήπια:

Μέτρια:

10. ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

A) Χορήγηση για πρώτη φορά:

Επισυνάπτονται αντίγραφα των πραγματοποιηθέντων εξετάσεων:

- α) CT θώρακος HR
- β) Κολλαγονικός έλεγχος
- γ) Σπιρομέτρηση - Στατικοί Όγκοι - Διάχυση
- δ) Αέρια αίματος (όπου εφαρμόζεται)
- ε) Βιοψία Πνεύμονα (όπου εφαρμόζεται)

B) Σε κάθε επαναχορήγηση αναφέρονται:

i) Ανοχή Φαρμάκου

.....
.....

ii) Πορεία της νόσου:

.....
.....
.....

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Ημερομηνία (σφραγίδα- υπογραφή)

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ: