



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Μαρούσι 24-08-2017

Αρ. Πρωτ.: Γ32/ΟΙΚ.35621

**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: 210-8110544

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

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
2. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου Φ36/οικ. 36616/20-10-2014

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών 1, 2 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: 18

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΠΕΡΣΙΜΗΣ

Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1) ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 3) ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- 4) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ (ΚΜΕΣ)
- 5) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
- 6) ΥΠΕΔΥΦΚΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥΣ)
- 3) ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ
- 4) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 5) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 6) ΗΔΙΚΑ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς:</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) LUCENTIS (Ranibizumab), με τρόπο διάθεσης: «ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ: ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ» και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού/Ασφαλισμένου:</p>	
<p><u>Στοιχεία θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο: LUCENTIS (RANIBIZUMAB) <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>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε:

Δεξιό οφθαλμό Αριστερό οφθαλμό

Ημερομηνία:

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.	
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ
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:

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ LUCENTIS**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 χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV)

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:

- 1) Με OCT
- 2) Με χρήση φλουοροαγγειογραφίας ή Angio-OCT

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

.....

Αρχική οπτική οξύτητα:

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:
 Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στη παρούσα φάση:

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:
 Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:
 Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Επισυναπτόμενα:

- 1) Φλουοραγγειογραφία ή Angio-OCT για 1η χορήγηση
- 2) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα υπογραφής)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΥΛΕΑ

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς:</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) ΕΥΛΕΑ (Aflibercept), με τρόπο διάθεσης: «ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ: ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ» και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p>	
<p><u>Στοιχεία θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο: ΕΥΛΕΑ (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:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία: <input type="text"/></p> <p>Ημερομηνία: <input type="text"/></p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΥΛΕΑ

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.	
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ
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:**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):

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΕΥΛΕΑ**Ο ασθενής έχει διαγνωστεί αρχικά:**

- με νεοαγγειακή (υγρού τύπου) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD)
- με διαταραχή της όρασης λόγω δευτεροπαθούς οιδήματος της ωχράς κηλίδας από απόφραξη φλέβας του αμφιβληστροειδούς (κλαδικής RVO ή κεντρικής RVO)
- με διαταραχή της όρασης λόγω διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας (DME)
- με διαταραχή της όρασης λόγω μυωπικής χοριοειδικής νεοαγγείωσης (μυωπική CNV)

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:

- 1) Με OCT
- 2) Με χρήση φλουороαγγειογραφίας ή Angio-OCT

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουороαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:

.....

Αρχική οπτική οξύτητα:

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):

Δεξιός οφθαλμός Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός Ημερομηνία:

Επισυναπτόμενα:

- 1) Φλουοοαγγειογραφία ή Angio-OCT για 1η χορήγηση
- 2) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς:</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p><u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u></p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) MACUGEN (Pegartanib Sodium), με τρόπο διάθεσης: «ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ» και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/> Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p>	
<p><u>Στοιχεία θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο MACUGEN (PEGARTANIB SODIUM) <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 <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGENΑριστερό 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.	
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:**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 (υγρού τύπου) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ)

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε:

- 1) Με OCT
- 2) Με χρήση φλουροαγγειογραφίας ή Angio-OCT

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία παρακαλώ αναφέρετε τις αντενδείξεις:

.....

Αρχική οπτική οξύτητα:Δεξιός οφθαλμός Αριστερός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Ημερομηνία:

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ MACUGEN**Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:**

Δεξιός οφθαλμός
Αριστερός οφθαλμός

Ημερομηνία:
Ημερομηνία:

Επισυναπτόμενα:

- 1) Φλουοραγγειογραφία ή Angio-OCT για 1η χορήγηση
- 2) OCT (πρόσφατη κάθε φορά)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΟΖURDEX

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος):</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλ. Θεράπωντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς:</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ</p> <p>Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010), ΟΖURDEX (Dexamethazone) <u>και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον</u> <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p> 	
<p><u>Στοιχεία Θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο ΟΖURDEX (DEXAMETHAZONE) <input type="checkbox"/></p> <p>Το παρόν εμφύτευμα θα τοποθετηθεί στο:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/> Ημερομηνία:</p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΟΖΥRDEX

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.	
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:**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) 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 ή Angio-OCT

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

.....

.....

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΟΖΥΡΔΕΧ**Αρχική οπτική οξύτητα:**Δεξιός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:Δεξιός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Πάχος οιδήματος σε mm (για διαβητική ωχροπάθεια):Δεξιός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Αριστερός οφθαλμός

Ημερομηνία:

Επισυναπτόμενα:

- 1) Φλουοραγγειογραφία ή Angio-OCT για 1η χορήγηση
- 2) OCT για 1η χορήγηση

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν.

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα- υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ JETREA

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλ. Θεράπωντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς:</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p>6. Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) JETREA (Ocrlplasmin), με τρόπο διάθεσης: <i>«ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ: ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΕ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ»</i> και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p>	
<p><u>Στοιχεία Θεραπείας:</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο: JETREA (OCRIPLASMIN)</p> <p>Η παρούσα ένεση θα γίνει:</p> <p>Δεξιό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερό οφθαλμό <input type="checkbox"/></p> <p><u>Ένεση μια φορά ως εφάπαξ δόση και για τη θεραπεία εκάστου οφθαλμού</u></p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ JETREA**Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:****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:

1) με υαλοειδωχρική έλξη (VMT), με διαστάσεις βάσης: (μ)

2) με 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

<p><u>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</u></p> <p>α) Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/></p> <p>β) Ιδιωτική Κλινική <input type="checkbox"/></p> <p>γ) Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) <input type="checkbox"/></p>	<p><u>ΠΡΟΣ:</u></p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p><u>Στοιχεία ασθενούς</u></p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p>6. Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) VISUDYNE (Verteporfin) <u>και βεβαιώνω ότι η χρήση του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον</u> <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p>	
<p><u>Στοιχεία θεραπείας</u></p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο: VISUDYNE (VERTEPORFIN) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Η παρούσα ένεση αφορά σε θεραπεία:</u></p> <p>Δεξιού οφθαλμού <input type="checkbox"/></p> <p>Αριστερού οφθαλμού <input type="checkbox"/></p> <p>Ημερομηνία έναρξης θεραπείας σε: Δεξιό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία: Αριστερό οφθαλμό <input type="text"/> Ημερομηνία:</p> <p>Συνολικός αριθμός ενέσεων που έχει λάβει ο ασθενής για θεραπεία: Αριθμός: <input type="text"/></p> <p>(Σε περίπτωση επανεμφάνισης CNV διαρροής, η θεραπεία με Visudyne μπορεί να γίνεται μέχρι 4 φορές το χρόνο)</p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ VISUDYNE

Πορεία της οπτικής οξύτητας ανά ένεση και ανά οφθαλμό:

Α/Α	Δ. Ο.		Α. Ο.	
	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Προηγούμενες θεραπείες με άλλα σκευάσματα:**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 φλουροαγγειογραφίας ή Angio-OCT

Σε περίπτωση που δεν έχει γίνει φλουροαγγειογραφία 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. Φλουροαγγειογραφία ή Angio-OCT για 1^η χορήγηση

2. OCT (πρόσφατη κάθε φορά).

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα-υπογραφή)

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ RAXONE

<p>ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:</p> <p>Κρατικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> } <u>Έναρξη Θεραπείας ή</u> Ιδιωτικό Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> } <u>Αγωγή Συντήρησης</u> ΜΗΝ <input type="checkbox"/></p> <p>Ιδιώτη Ιατρό <input type="checkbox"/> <u>Αγωγή Συντήρησης</u></p>	<p>ΠΡΟΣ:</p> <p>Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</p>
<p>Σφραγίδα & Υπογραφή Ιατρού / (Ιδρύματος)</p> <p>Ημερομηνία</p> <p>Τηλ. Θεράποντος:</p>	<p>Στοιχεία ασθενούς</p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:</p>
<p>6. Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου υψηλού κόστους (νόμος 3816/2010) RAXONE (IDEBENONE), με τρόπο διάθεσης: «ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ» και βεβαιώνω ότι η έναρξη χορήγησης του φαρμάκου θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον <input type="checkbox"/></p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο <input type="checkbox"/></p> <p>Υπογραφή Συνταγογράφου Ιατρού και Ασφαλισμένου:</p>	
<p>Στοιχεία θεραπείας:</p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο: RAXONE (IDEBENONE)</p> <p><i>(Σύμφωνα με το εγκεκριμένο φύλλο οδηγιών του φαρμάκου: «Από τις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές δεν έχουν προκύψει δεδομένα σχετικά με τη συνέχιση της θεραπείας με ιδεβενόνη πέραν των 6 μηνών»).</i></p>	

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ RAXONE

Να συμπληρωθούν μορφή, περιεκτικότητα, δοσολογία και οδός χορήγησης:

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:.....

Προηγούμενη θεραπεία:

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:

Το Raxone ενδείκνυται για τη θεραπεία προβλημάτων όρασης σε εφήβους και ενήλικες ασθενείς με κληρονομική οπτική νευροπάθεια Leber

Η διάγνωση πραγματοποιήθηκε με:

- 1) Πλήρη οφθαλμολογική εξέταση
- 2) Μελέτη χρωματικής αντίληψης
- 3) Γενετικό έλεγχο που να αποδεικνύει τη νόσο
- 4) Ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο οφθαλμών
 - Προκλητά δυναμικά ινιακού λοβού
 - Ηλεκτροαμφιβληστροειδογράφημα
- 5) OCT RNFL
- 6) Οπτικά πεδία (αυτόματη περιμετρία)

Αρχική οπτική οξύτητα:

Δεξιός οφθαλμός: Ημερομηνία:
Αριστερός οφθαλμός: Ημερομηνία:

Οπτική οξύτητα στην παρούσα φάση:

Δεξιός οφθαλμός: Ημερομηνία:
Αριστερός οφθαλμός: Ημερομηνία:

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ:

Για τη συνέχιση της θεραπείας:

- 1) Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις:
Οπτικά πεδία
Οπτική οξύτητα
- 2) Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος
- 3) Μελέτη χρωματικής αντίληψης

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/Μ.Η.Ν

Ημερομηνία

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(σφραγίδα-υπογραφή)