

Αρ. Ανακοίνωσης: Α2020018

**Ανακοίνωση για εφαρμογή πρωτοκόλλων κατά τη συνταγογράφηση φαρμακευτικών προϊόντων από 02/02/2020**

Ο ΟΑΥ ανακοινώνει ότι από τη Κυριακή 02/02/2020, θα μπου σε εφαρμογή περιορισμοί (πρωτόκολλα) για τη συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμακευτικών προϊόντων τα οποία φαίνονται στον Πίνακα 1 και τα οποία είναι **ήδη διαθέσιμα** μέσω του ΓεΣΥ.

Στην πλειοψηφία τους τα πρωτόκολλα αυτά είχαν εγκριθεί από την Επιτροπή Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας πριν την εφαρμογή του ΓεΣΥ και έχουν υιοθετηθεί από τον Οργανισμό. Τα πρωτόκολλα θα εφαρμοστούν στο Σύστημα Πληροφορικής μέσω ερωτηματολογίων τα οποία οι ιατροί θα καλούνται να συμπληρώσουν κατά τη συνταγογράφηση.

**Σημαντικό:**

**Η εισαγωγή των πρωτοκόλλων θα επηρεάσει τις υφιστάμενες συνταγές (συμπεριλαμβανομένων των επαναλαμβανόμενων συνταγών).**

Ο Οργανισμός **καλεί του ιατρούς** που ανήκουν στις ειδικότητες που φαίνονται στον Πίνακα 1 και συνταγογράφησαν τα εν λόγω φαρμακευτικά προϊόντα, **όπως από την Κυριακή 02/02/2020, προχωρήσουν σε επανέκδοση των συνταγών, για όσους ασθενείς επηρεάζονται.** Κατά την επανέκδοση της συνταγής, οι ιατροί θα πρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. **Σε αντίθετη περίπτωση τα φαρμακευτικά προϊόντα θα είναι μη καλυπτόμενα και οι ασθενείς θα πρέπει να καλύψουν εξ' ολοκλήρου το κόστος του φαρμάκου κατά την εκτέλεση υφιστάμενης συνταγής στο φαρμακείο η οποία δεν έχει επανεκδοθεί META την εφαρμογή των πρωτοκόλλων.**

Προς διευκόλυνση των ιατρών:

- 1) επισυνάπτονται τα ερωτηματολόγια (Παράρτημα Α) ανά δραστική ουσία που θα αναρτηθούν, ούτως ώστε να δοθεί χρόνος για εξοικείωση με τη συμπλήρωσή τους.
- 2) θα ακολουθήσει αποστολή καταλόγου σε κάθε ιατρό ξεχωριστά, με τους δικαιούχους για τους οποίους έχει εκδώσει συνταγές που εξακολουθούσαν να βρίσκονται σε ισχύ κατά την 20<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2020 (ημερομηνία έκδοσης του καταλόγου). Η αποστολή θα γίνει με φάκελο ο οποίος θα παραδοθεί εντός της επόμενης βδομάδας στη διεύθυνση ιατρείου (σε περίπτωση που έχουν δηλωθεί περισσότερες θα παραδοθεί στη μία εξ' αυτών).
- 3) ο κατάλογος θα περιλαμβάνει τα προσωπικά στοιχεία των δικαιούχων, οι συνταγές των οποίων επηρεάζονται, με ημερομηνία τελευταίας εκτέλεσης ούτως ώστε να δοθεί προτεραιότητα στην επανέκδοση συνταγών που λήγουν πρώτες. (Σημειώνεται ότι ο κατάλογος πιθανόν να περιέχει και κάποιους δικαιούχους οι οποίοι έχουν αλλάξει ΠΙ).

Ο Οργανισμός κατανοεί την επιβάρυνση που θα προκληθεί στους ιατρούς και ζητά τη συνεργασία τους ούτως ώστε η αλλαγή να εφαρμοστεί ομαλά.

**Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα**

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
1	C316003/1	IVABRADINE 5.00 mg	PROCORAL AN TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
2	C316010/1	IVABRADINE 7.50 mg	PROCORAL AN TABLET, FILM COATED 7.5MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
3	C000004/1	TICAGRELOR 90.00 mg	BRILIQUE TABLET, FILM COATED 90MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
4	C655009/1	TICAGRELOR 60.00 mg	BRILIQUE TABLET, FILM COATED 60MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
5	C455003/1	METFORMIN HYDROCHLORI DE 850.00 mg   SITAGLIPTIN PHOSPHATE MONOHYDRAT E 50.00 mg	JANUMET TABLET 50/850MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6	C455010/1	METFORMIN HYDROCHLORI DE 1000.00 mg   SITAGLIPTIN PHOSPHATE MONOHYDRAT E 50.00 mg	JANUMET TABLET 50/1000MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7	C425002/1	METFORMIN HYDROCHLORI DE 850.00 mg   VILDAGLIPTIN 50.00 mg	EUCREAS TABLET 50MG/850M G	PACK WITH 30 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8	C425008/1	METFORMIN HYDROCHLORI DE 1000.00 mg   VILDAGLIPTIN 50.00 mg	EUCREAS TABLET 50MG/1000 MG	PACK WITH 30 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9	C731008/1	SAXAGLIPTIN 2.50 mg   METFORMIN HYDROCHLORI DE 1000.00 mg	KOMBOGL YZE TABLET, FILM COATED 2.5MG/1000 MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

**Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα**

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
10	C731002/1	METFORMIN HYDROCHLORIDE 850.00 mg   SAXAGLIPTIN 2.50 mg	KOMBOGLYZE TABLET, FILM COATED 2.5MG/850 MG	PACK WITH 56 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11	C691002/1	APIXABAN 2.50 mg	ELIQUIS TABLET, FILM COATED 2.5MG	PACK WITH 20 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
12	C691003/1	APIXABAN 2.50 mg	ELIQUIS TABLET, FILM COATED 2.5MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
13	C691009/1	APIXABAN 5.00 mg	ELIQUIS TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
14	29S0084/1	CABERGOLINE 0.50 mg	DOSTINEX TABLET 0,5MG	BOTTLE WITH 2 TABS	ΝΑΙ	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
15	C442007/1	DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE 110.00 mg	PRADAXA CAPSULE, HARD 110MG	PACK WITH 60 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙ Α, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
16	C442013/1	DABIGATRAN ETEXILATE MESILATE 150.00 mg	PRADAXA CAPSULE, HARD 150MG	PACK WITH 60 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙ Α, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
17	2800341/1	DESMOPRESSI N 120.00 mCG	MINIRIN MELT ORAL LYOPHILIS ATE 120MCG	PACK WITH 30 PIECES IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ, ΠΙ-Παιδιά, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ
18	2800340/1	DESMOPRESSI N 60.00 mCG	MINIRIN MELT ORAL LYOPHILIS ATE 60MCG	PACK WITH 30 PIECES IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ, ΠΙ-Παιδιά, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ
19	9700680/1	DONEPEZIL HYDROCHLORI DE 10.00 mg	ARICEPT TABLET, FILM COATED 10MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ)

Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
20	31M0080/2	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE 10.00 mg	DONEPEZIL ACCORD TABLET, FILM COATED 10MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	NAI	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ)
21	9700679/1	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE 5.00 mg	ARICEPT TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	NAI	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ)
22	31M0079/2	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE 5.00 mg	DONEPEZIL ACCORD TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	NAI	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ)
23	C98080A/1	IMIQUIMOD 5.00 g	ALDARA CREAM 5%	PACK WITH 12 SACHETS X 0.25G	NAI	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
24	C780020/1	LINAGLIPTIN 2.50 mg   METFORMIN HYDROCHLORIDE 1000.00 mg	JENTADUE TO TABLET, FILM COATED 2.5MG/1000 MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	NAI	OXI
25	C780006/1	LINAGLIPTIN 2.50 mg   METFORMIN HYDROCHLORIDE 850.00 mg	JENTADUE TO TABLET, FILM COATED 2.5MG/850 MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	NAI	OXI
26	C707003/1	LINAGLIPTIN 5.00 mg	TRAJENTA TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	NAI	OXI
27	C809003/1	MIRABEGRON 25.00 mg	BETMIGA TABLET, PROLONGE D-RELEASE 25MG	PACK WITH 30 TABS IN BLISTER(S)	NAI	OXI
28	C809010/1	MIRABEGRON 50.00 mg	BETMIGA TABLET, PROLONGE D-RELEASE 50MG	PACK WITH 30 TABS IN BLISTER(S)	NAI	OXI

Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
29	C462001/1	RANOLAZINE 375.00 mg	RANEXA TABLET, PROLONGE D-RELEASE 375MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
30	C462003/1	RANOLAZINE 500.00 mg	RANEXA TABLET, PROLONGE D-RELEASE 500MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
31	C462005/1	RANOLAZINE 750.00 mg	RANEXA TABLET, PROLONGE D-RELEASE 750MG	PACK WITH 60 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ
32	C472006/1	RIVAROXABAN 10.00 mg	XARELTO TABLET 10MG	PACK WITH 10 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙ Α, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
33	C472012/1	RIVAROXABAN 15.00 mg	XARELTO TABLET, FILM COATED 15MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙ Α, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ

**Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα**

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
34	C472018/1	RIVAROXABAN 20.00 mg	XARELTO TABLET, FILM COATED 20MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙ Α, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ - ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙ ΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ
35	C98066A/1	RIVASTIGMINE 1.50 mg	EXELON CAPSULE, HARD 1.5MG	PACK WITH 28 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ)
36	C98066B/1	RIVASTIGMINE 3.00 mg	EXELON CAPSULE, HARD 3MG	PACK WITH 28 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ)
37	C98066C/1	RIVASTIGMINE 4.50 mg	EXELON CAPSULE, HARD 4.5MG	PACK WITH 28 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ)
38	C98066D/1	RIVASTIGMINE 6.00 mg	EXELON CAPSULE, HARD 6MG	PACK WITH 28 CAPS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΣ)
39	C545006/1	SAXAGLIPTIN 5.00 mg	ONGLYZA TABLET, FILM COATED 5MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
40	C07383A/1	SITAGLIPTIN 100.00 mg	JANUVIA TABLET, FILM COATED 100 MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
41	C383008/1	SITAGLIPTIN 50.00 mg	JANUVIA TABLET, FILM COATED 50MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Πίνακας 1: Φαρμακευτικά προϊόντα με πρωτόκολλα

A/A	Κωδικός προϊόντος	Δραστική ουσία & δύναμη	Εμπορικό όνομα προϊόντος	Περιγραφή συσκευασίας	Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου & επανέκδοση της συνταγής	Περιορισμός ειδικότητας
42	C414003/1	VILDAGLIPTIN 50.00 mg	GALVUS TABLET 50MG	PACK WITH 28 TABS IN BLISTER(S)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

21 Ιανουαρίου 2020

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### CABERGOLINE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

#### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με cabergoline πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής που δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με cabergoline, ΚΑΙ έχει αποδεδειγμένη ύπαρξη προλακτινώματος με συμπτωματική υπερπρολακτιναιμία ΚΑΙ δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με bromocriptine**

Ως μη ανταπόκριση στη bromocriptine, για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η αποτυχία της επαναφοράς των επιπέδων προλακτίνης στα φυσιολογικά, ή/και η αποτυχία επίτευξης συρρίκνωσης του όγκου του προλακτινώματος κατά 50% μετά από τουλάχιστον 3 μήνες θεραπείας με bromocriptine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)

**3. Ασθενής που δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με cabergoline, ΚΑΙ έχει αποδεδειγμένη ύπαρξη προλακτινώματος με συμπτωματική υπερπρολακτιναιμία ΚΑΙ παρουσιάζει αντένδειξη ή δυσανεξία στην αγωγή με bromocriptine.**

Ως δυσανεξία, για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου, ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα

#### ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με cabergoline

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Αγωγή με bromocriptine από (ημερομηνία):

μέχρι (ημερομηνία):

Δοσολογικό σχήμα αγωγής με bromocriptine

**Παρακαλώ όπως επιλέξετε από τα πιο κάτω τι ισχύει για τον ασθενή**

Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με bromocriptine αλλά ΔΕΝ επιτεύχθηκε επαναφορά των επιπέδων προλακτίνης στα φυσιολογικά

Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με bromocriptine αλλά ΔΕΝ επιτεύχθηκε συρρίκνωση του όγκου του αδενώματος κατά 50%

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Παρακαλώ επιλέξτε τι ισχύει από τα πιο κάτω για τον ασθενή:**

Ασθενής που παρουσιάζει αντένδειξη στην αγωγή με bromocriptine

Παρακαλώ δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη

Ασθενής που παρουσιάζει δυσανεξία στην αγωγή με bromocriptine

Παρακαλώ δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίστηκαν μετά από αγωγή με bromocriptine

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## DESMOPRESSIN

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με desmopressin πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής με άποιο διαβήτη κεντρικής αιτιολογίας, ευαίσθητου στην αντιδιουρητική ορμόνη ο οποίος δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με desmopressin (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Παιδί άνω των 6,5 ετών με πρωτοπαθή νυχτερινή ενούρηση το οποίο έχει ελεγχθεί τουλάχιστον με γενική εξέταση ούρων (ειδικού βάρους ούρων συμπεριλαμβανομένου) και καλλιέργεια ούρων. Το παιδί ΔΕ λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με desmopressin (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με desmopressin

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Ημερομηνία διάγνωσης άποιου διαβήτη κεντρικής αιτιολογίας

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Ηλικία παιδιού

Ημερομηνία διεξαγωγής γενικής εξέτασης ούρων

Αποτελέσματα/Ευρήματα γενικής εξέτασης ούρων

Ημερομηνία διεξαγωγής καλλιέργειας ούρων

Αποτελέσματα/Ευρήματα καλλιέργειας ούρων

**Η μέγιστη δοσολογία του φαρμάκου για παιδιά με πρωτοπαθή νυχτερινή ενούρηση καθορίζεται στα 240 mcg, εκτός και αν ο παιδίατρος επικοινωνήσει με παιδονεφρολόγο ο οποίος θα εισηγηθεί περαιτέρω αύξηση της δοσολογίας.**

#### **ΜΕΡΟΣ 4**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## DONEPEZIL

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-2)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-2) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με donepezil πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με donepezil και έχει Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών μεγαλύτερο του 12 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με donepezil

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Ημερομηνία εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

Αποτέλεσμα εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

### ΜΕΡΟΣ 4

Διαβεβαιώνω ότι θα διενεργώ επανεκτίμηση του Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών κάθε 6 μήνες.\*

## GALANTAMINE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-2)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-2) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με galantamine πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με galantamine και έχει Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών μεγαλύτερο του 12 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

### ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με galantamine

### ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)

Ημερομηνία εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

Αποτέλεσμα εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

### ΜΕΡΟΣ 4

Διαβεβαιώνω ότι θα διενεργώ επανεκτίμηση του Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών κάθε 6 μήνες.\*

**GLIPTIN + METFORMIN**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

**ΜΕΡΟΣ 1**

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-4):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-4): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία που περιλαμβάνει γλιπτίνη πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής θα λαμβάνει τη γλιπτίνη σε συνδυασμό με μετφορμίνη (διπλή θεραπεία συνδυασμού), επειδή ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη ή δυσανεξία στη θεραπεία με σουλφονουρία (τεκμηριωμένα αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας). Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ο ασθενής λαμβάνει ήδη συνδυασμό θεραπείας μετφορμίνης και σουλφονουρίας, παρουσιάζει όμως ανεπαρκή έλεγχο της γλυκαιμίας ( $HbA1c \geq 7\%$ ). Έχει επιλεγεί η διακοπή της σουλφονουρίας και η εισαγωγή γλιπτίνης στο θεραπευτικό σχήμα (διπλή θεραπεία συνδυασμού) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**4. Ο ασθενής λαμβάνει ήδη συνδυασμό θεραπείας μετφορμίνης και σουλφονουρίας, παρουσιάζει όμως ανεπαρκή έλεγχο της γλυκαιμίας ( $HbA1c \geq 7\%$ ) παρά τη χορήγηση των μέγιστων ανεκτών δόσεων. Ο συνδυασμός γλιπτίνης με μετφορμίνη θα χορηγείται επιπρόσθετα της σουλφονουρίας (τριπλή θεραπεία συνδυασμού) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας που περιέχει γλιπτίνη

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη/δυσανεξία του ασθενή στη σουλφονουρία

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με μετφορμίνη

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με σουλφονουρία

Δοσολογικό σχήμα μετφορμίνης

Δοσολογικό σχήμα σουλφονουρίας

HbA1c

Ημερομηνία διεξαγωγής των εργαστηριακών εξετάσεων

**ΜΕΡΟΣ 2δ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 4)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με μετφορμίνη

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με σουλφονουρία

Δοσολογικό σχήμα μετφορμίνης



Δοσολογικό σχήμα σουλφονουλουρίας

Σε περίπτωση που οι δόσεις μετφορμίνης ή/και σουλφονουλουρίας δεν είναι οι μέγιστες, παρακαλώ όπως δώσετε περισσότερες λεπτομέρειες ως προς τους λόγους για τους οποίους οι δε μπορεί να γίνει περαιτέρω αύξηση και επιλέγεται η προσθήκη γλιπτινής

HbA1c

Ημερομηνία διεξαγωγής των εργαστηριακών εξετάσεων

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

### ΜΕΡΟΣ 4

Διαβεβαιώνω ότι η συνταγογράφηση των γλυπτινών θα συνεχίζεται πέραν των 6 μηνών εφόσον η τιμή της HbA1c μειωθεί κατά  $\geq 0.5\%$ .\*

## GLIPTINS

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-6)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-6) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με γλιπτίνη πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής θα λαμβάνει τη γλιπτίνη ως πρώτη γραμμή θεραπείας (μονοθεραπεία) επειδή δε μπορεί να λάβει θεραπεία πρώτης γραμμής με μετφορμίνη ή σουλφονουρία λόγω αντένδειξης ή δυσανεξίας.**

Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)

**3. Ο ασθενής θα λαμβάνει τη γλιπτίνη σε συνδυασμό με μετφορμίνη (διπλή θεραπεία συνδυασμού) επειδή ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη ή δυσανεξία στη θεραπεία με σουλφονουρία (τεκμηριωμένα αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας).**  
Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)

**4. Ο ασθενής θα λαμβάνει τη γλιπτίνη σε συνδυασμό με σουλφονουρία (διπλή θεραπεία συνδυασμού) επειδή ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη ή δυσανεξία στη θεραπεία με μετφορμίνη.**

Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)

**5. Ο ασθενής λαμβάνει ήδη συνδυασμό θεραπείας μετφορμίνης και σουλφονουρίας παρουσιάζει όμως ανεπαρκή έλεγχο της γλυκαιμίας (HbA1c  $\geq$  7%.) Η γλιπτίνη θα αντικαταστήσει ένα από τα 2 σκευάσματα (διπλή θεραπεία συνδυασμού) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2ε)**

**6. Ο ασθενής λαμβάνει ήδη συνδυασμό θεραπείας μετφορμίνης και σουλφονουλουρίας, παρουσιάζει όμως ανεπαρκή έλεγχο της γλυκαιμίας ( $HbA1c \geq 7\%$ ) παρά τη χορήγηση των μέγιστων ανεκτών δόσεων. Η γλιπτίνη θα χορηγηθεί σε συνδυασμό με μετφορμίνη και σουλφονουλουρία (τριπλή θεραπεία συνδυασμού) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2στ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με γλιπτίνη

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη/δυσανεξία του ασθενή στη μετφορμίνη

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη/δυσανεξία του ασθενή στη σουλφονουλουρία

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη/δυσανεξία του ασθενή στη σουλφονουλουρία

**ΜΕΡΟΣ 2δ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 4)**

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη/δυσανεξία του ασθενή στη μετφορμίνη

**ΜΕΡΟΣ 2ε (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 5)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με μετφορμίνη

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με σουλφονουλουρία

Δοσολογικό σχήμα μετφορμίνης

  
  
  

Δοσολογικό σχήμα σουλφονουρίας

  
  
  

HbA1c

  
  
  

Ημερομηνία διεξαγωγής των εργαστηριακών εξετάσεων

  
  
  

Φάρμακο που θα αντικατασταθεί από τη γλιπτίνη (μετφορμίνη ή σουλφονουρία)

  
  
  

**ΜΕΡΟΣ 2στ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 6)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με μετφορμίνη

  
  
  

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με σουλφονουρία

  
  
  

Δοσολογικό σχήμα μετφορμίνης

  
  
  

Δοσολογικό σχήμα σουλφονουρίας

  
  
  

Σε περίπτωση που οι δόσεις μετφορμίνης ή/και σουλφονουρίας δεν είναι οι μέγιστες, παρακαλώ όπως δώσετε περισσότερες λεπτομέρειες ως προς τους λόγους για τους οποίους οι δε μπορεί να γίνει περαιτέρω αύξηση στη δοσολογία των πιο πάνω φαρμάκων και επιλέγεται η προσθήκη γλιπτίνης

HbA1c

Ημερομηνία διεξαγωγής των εργαστηριακών εξετάσεων

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

**ΜΕΡΟΣ 4**

Διαβεβαιώνω ότι η συνταγογράφηση των γλυπτινών θα συνεχίζεται πέραν των 6 μηνών μόνο εφόσον η τιμή της HbA1c μειωθεί κατά  $\geq 0.5\%$ .\*

## IMIQUIMOD

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-2)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-2) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με imiquimod πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία imiquimod αλλά πρόκειται να ξεκινήσει για την τοπική θεραπεία των κονδυλωμάτων των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και εξωτερικών περιπρωκτικών κονδυλωμάτων (οξυτενή κονδυλώματα)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με imiquimod

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## IVABRADINE + B-BLOCKER

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία που περιλαμβάνει ivabradine πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο με φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm, ο οποίος δεν ελέγχεται επαρκώς με τη βέλτιστη δόση β-αδρενεργικού αποκλειστή. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία που να περιλαμβάνει ivabradine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας II έως IV κατά NYHA, με συστολική δυσλειτουργία, φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 75$  bpm ο οποίος θα λαμβάνει το ivabradine σε συνδυασμό με τυπική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής με β-αδρενεργικό αποκλειστή. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία που να περιλαμβάνει ivabradine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με ivabradine

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

**Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο**

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

B-αδρενεργικός αποκλειστής τον οποίο λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με B-αδρενεργικό αποκλειστή

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια**

Λειτουργική κατάσταση NYHA (II, III, IV)

LVEF

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

B-αδρενεργικός αποκλειστής τον οποίο λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με B-αδρενεργικό αποκλειστή

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*



## IVABRADINE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-5):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-5): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με ivabradine πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο με φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm, ο οποίος έχει δυσανεξία ή αντένδειξη στη χρήση β-αδρενεργικών αποκλειστών. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με ivabradine. Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο με φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 70$  bpm, ο οποίος δεν ελέγχεται επαρκώς με τη βέλτιστη δόση β-αδρενεργικού αποκλειστή. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με ivabradine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**4. Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας II έως IV κατά NYHA, με συστολική δυσλειτουργία, φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 75$  bpm ο οποίος έχει δυσανεξία ή αντένδειξη στη χρήση β-αδρενεργικών αποκλειστών. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με ivabradine. Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)**

**5. Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας II έως IV κατά NYHA, με συστολική δυσλειτουργία, φλεβοκομβικό ρυθμό και καρδιακή συχνότητα  $\geq 75$  bpm ο οποίος θα λαμβάνει το ivabradine σε συνδυασμό με τυπική αγωγή, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής με β-αδρενεργικό αποκλειστή (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2ε)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με ivabradine

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

**Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο:**

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

**Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω:**

Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη στη χρήση β-αδρενεργικού αποκλειστή

Ο ασθενής παρουσιάζει δυσανεξία στη χρήση β-αδρενεργικού αποκλειστή

Παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αντένδειξη ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσίασε ο ασθενής μετά από λήψη β-αδρενεργικού αποκλειστή

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Ασθενής με χρόνια σταθερή στηθάγχη στη στεφανιαία νόσο:**

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

Β-αδρενεργικός αποκλειστής τον οποίο λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με Β-αδρενεργικό αποκλειστή

**ΜΕΡΟΣ 2δ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 4)**

**Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια**

Λειτουργική κατάσταση ΝΥΗΑ (II, III, IV)

LVEF

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

**Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω:**

Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη στη χρήση β-αδρενεργικού αποκλειστή

Ο ασθενής παρουσιάζει δυσανεξία στη χρήση β-αδρενεργικού αποκλειστή

Παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αντένδειξη ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσίασε ο ασθενής μετά από λήψη β-αδρενεργικού αποκλειστή

**ΜΕΡΟΣ 2ε (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 5)**

**Ασθενής με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια**

Λειτουργική κατάσταση ΝΥΗΑ (II, III, IV)

LVEF

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Καρδιακή συχνότητα

B-αδρενεργικός αποκλειστής τον οποίο λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα B-αδρενεργικού αποκλειστή

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με B-αδρενεργικό αποκλειστή

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## MIRABEGRON

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-4)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-4) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με mirabegron πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής έχει λάβει αγωγή και με Oxybutinin και με Flvoxate, και με ένα εκ των Tolterodine, Solifenacin, Darifenacin, Fesoterodine χωρίς ανταπόκριση. Η κάθε μία από τις πιο πάνω θεραπείες είχε διάρκεια τουλάχιστον ενός μηνός (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β).**

**3. Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη στα Tolterodine, Solifenacin, Darifenacin, Fesoterodine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ).**

**4. Ο ασθενής παρουσιάζει δυσανεξία στη θεραπεία με Tolterodine, Solifenacin, Darifenacin, Fesoterodine.**

Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με mirabegron

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Αγωγή με Oxybutinin από (ημερομηνία)

μέχρι (ημερομηνία)

Δοσολογικό σχήμα Oxybutinin

Αγωγή με Flavoxate από (ημερομηνία)

μέχρι (ημερομηνία)

Δοσολογικό σχήμα Flavoxate

Παρακαλώ καθορίστε ποιο από τα Tolterodine ή Solifenacin ή Darifenacin ή Fesoterodine έλαβε ο ασθενής

Αγωγή με Tolterodine ή Solifenacin ή Darifenacin ή Fesoterodine από (ημερομηνία)

μέχρι (ημερομηνία)

Δοσολογικό σχήμα Tolterodine ή Solifenacin ή Darifenacin ή Fesoterodine

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Δώσετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη σε Tolterodine/ Solifenacin/Darifenacin/ Fesoterodine

**ΜΕΡΟΣ 2δ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 4)**

Δώστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της αγωγής με Tolterodine/ Solifenacin/Darifenacin/ Fesoterodine

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

**NOACS: DABIGATRAN, APIXABAN, RIVAROXABAN**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

**ΜΕΡΟΣ 1**

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-5):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-5): \*

1) Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με ένα εκ των νεότερων αντιπηκτικών φαρμάκων (dabigatran, apixaban, rivaroxaban) πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)

2) Ασθενής με μη βαλβιδική κολπική μαρμαρυγή στον οποίο θα χορηγηθεί ένα από τα νεότερα αντιπηκτικά για την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων.

Ο ασθενής επιπρόσθετα θα πρέπει να έχει ένα από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου ΚΑΙ να έλαβε προηγουμένως θεραπεία με βαρφαρίνη χωρίς ικανοποιητικό έλεγχο\* του INR.

Παράγοντες κινδύνου

α) Προγενέστερο εγκεφαλικό επεισόδιο, παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή συστηματική εμβολή

β) Ηλικία 75 ετών και άνω

γ) Σακχαρώδης διαβήτης

δ) Στεφανιαία νόσος

ε) Υπέρταση

στ) Συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια

ζ) Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας κάτω από 40%

Ως μη ικανοποιητικός έλεγχος\* του INR ορίζεται ένα από τα εξής: α) Time in Therapeutic Range (TTR) <65% παρά την συμμόρφωσή του με τη θεραπεία ή β) 2 τιμές INR υψηλότερες από 5 ή γ) 1 τιμή INR υψηλότερη από 8 τους τελευταίους 6 μήνες ή δ) 2 τιμές INR μικρότερες από 1.5 τους τελευταίους 6 μήνες) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)

3) Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ολικής αντικατάστασης ισχίου ή χειρουργική επέμβαση ολικής αντικατάστασης γόνατος και θα του χορηγηθεί νεότερο αντιπηκτικό ως πρωτογενής πρόληψη φλεβικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)

4) Ο ασθενής θα λάβει ένα από τα νεότερα αντιπηκτικά για τη θεραπεία και πρόληψη της υποτροπής της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)



**5) Ο ασθενής θα λάβει ένα από τα νεότερα αντιπηκτικά για τη θεραπεία και πρόληψη της υποτροπής της πνευμονικής εμβολής (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2ε)  
Σημείωση: Σε ασθενείς με καρκίνο ή εγκυμοσύνη προτιμώνται οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με ένα εκ των νεότερων αντιπηκτικών:

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

**I) Επιλέξτε ποιον από τους πιο κάτω παράγοντες κινδύνου έχει ο ασθενής:**

Προγενέστερο εγκεφαλικό επεισόδιο

Προγενέστερο παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο

Προγενέστερη συστηματική εμβολή

Ηλικία 75 ετών και άνω

Σακχαρώδη διαβήτη

Στεφανιαία νόσο

Υπέρταση

Συμπτωματική καρδιακή ανεπάρκεια

Κλάσμα εξώθησης αριστερής κοιλίας κάτω από 40%

**II) Παρακαλώ συμπληρώστε την ημερομηνία έναρξης της θεραπείας με βαρφαρίνη**

**III) Δοσολογικό σχήμα βαρφαρίνης**

**IV) Παρακαλώ επιλέξτε ποια από τις πιο κάτω περιπτώσεις ( α, β, γ, δ) ισχύει σχετικά με τον μη ικανοποιητικό έλεγχο του INR παρόλη τη θεραπεία με βαρφαρίνη, και στη συνέχεια δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:**

α) Τους τελευταίους 6 μήνες, δύο τιμές του INR ήταν > 5

1η ημερομηνία που το INR ήταν > 5

Τιμή INR

2η ημερομηνία που το INR ήταν > 5

Τιμή INR

**Ή**

β) Τους τελευταίους 6 μήνες, μία τιμή του INR ήταν > 8

Ημερομηνία που το INR ήταν > 8

Μέτρηση INR

**Ή**

γ) Τους τελευταίους 6 μήνες, δύο τιμές του INR ήταν < 1.5

1η ημερομηνία που το INR ήταν < 1.5

Τιμή INR

2η ημερομηνία που το INR ήταν < 1.5

Τιμή INR

Ή

δ) Το Time in Therapeutic Range (TTR)\* του INR για τον ασθενή ήταν <65% παρά τη συμμόρφωσή του με τη θεραπεία

Ποσοστό του TTR για τον ασθενή

Χρονικό διάστημα κατά το οποίο έγιναν οι μετρήσεις του INR που λήφθηκαν υπόψη κατά τον υπολογισμό του TTR

Μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του TTR (Rosendaal ή άλλη πιστοποιημένη μέθοδος ή ποσοστό μετρήσεων εντός του εύρους-στόχου)

**\*ο υπολογισμός του Time in Therapeutic Range θα πρέπει να γίνεται:**

**I) με μια validated μέθοδο όπως τη μέθοδο Rosendaal ή**

**II) σαν ποσοστό των μετρήσεων που είναι εντός του εύρους-στόχου.**

**Μετρήσεις που γίνονται τις πρώτες 6 εβδομάδες θεραπείας δε θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό του TTR. Το TTR θα πρέπει να υπολογίζεται για μια περίοδο συντήρησης (maintenance period) τουλάχιστον 6 μηνών.**

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί I ή II**

I) Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ολικής αντικατάστασης ισχίου

Ημερομηνία επέμβασης

II) Ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ολικής αντικατάστασης γόνατος

Ημερομηνία επέμβασης

**ΜΕΡΟΣ 2δ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 4)**

Ημερομηνία που παρουσιάστηκε η εν των βάθει φλεβική θρόμβωση

**ΜΕΡΟΣ 2ε (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 5)**

Ημερομηνία που παρουσιάστηκε η πνευμονική εμβολή

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## PRASUGREL

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με prasugrel πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής θα λαμβάνει θεραπεία με prasugrel, για πρόληψη αθηροθρομβωτικού επεισοδίου αφού υποβλήθηκε σε πρωτογενή αγγειοπλαστική (primary PCI) λόγω οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (STEMI) με τοποθέτηση δακτυλίου (stent) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ο ασθενής θα λαμβάνει prasugrel για πρόληψη αθηροθρομβωτικού επεισοδίου αφού πριν να παρέλθει χρονικό διάστημα ενός μηνός από την τοποθέτηση του δακτυλίου, παρουσιάστηκε θρόμβωση δακτυλίου ενώ ήταν υπό αγωγή με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με aspirin και clopidogrel. Το ticagrelor θα αντικαταστήσει το φάρμακο clopidogrel (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με prasugrel

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Ημερομηνία εμφράγματος μυοκαρδίου

Τύπος εμφράγματος μυοκαρδίου

Ημερομηνία Πρωτογενούς Αγγειοπλαστικής

Τύπος δακτυλίου (απλός δακτύλιος (BMS)/δακτύλιος με αποδέσμευση φαρμάκου(DES))

**Συνιστώμενη διάρκεια αγωγής: -Απλός δακτύλιος (BMS): 1 μήνας. -Δακτύλιος με αποδέσμευση φαρμάκου (DES): 1 μήνας και ακολούθως συνέχιση αντιαιμοπεταλιακή αγωγής μέχρι 6-12 μήνες με clopidogrel**

### **ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Ημερομηνία τοποθέτησης δακτυλίου

Τύπος δακτυλίου

Ημερομηνία έναρξης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής

Δοσολογία acetylsalicylic acid

Δοσολογία clopidogrel

**Συνιστώμενη διάρκεια αγωγής : μέχρι 12 μήνες**

### **ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## QUINAGOLIDE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με quinagolide πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής που δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με quinagolide, ΚΑΙ έχει αποδεδειγμένη ύπαρξη προλακτινώματος με συμπτωματική υπερπρολακτιναιμία ΚΑΙ δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με bromocriptine.**

Ως μη ανταπόκριση στη bromocriptine, για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η αποτυχία της επαναφοράς των επιπέδων προλακτίνης στα φυσιολογικά, ή/και η αποτυχία επίτευξης συρρίκνωσης του όγκου του προλακτινώματος κατά 50% μετά από τουλάχιστον 3 μήνες θεραπείας με bromocriptine (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)

**3. Ασθενής που δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με quinagolide, ΚΑΙ έχει αποδεδειγμένη ύπαρξη προλακτινώματος με συμπτωματική υπερπρολακτιναιμία ΚΑΙ παρουσιάζει αντένδειξη ή δυσανεξία στην αγωγή με bromocriptine.**

Ως δυσανεξία, για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου, ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα

### ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με quinagolide

Αγωγή με bromocriptine από (ημερομηνία)

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Αγωγή με bromocriptine από (ημερομηνία)

μέχρι (ημερομηνία)

Δοσολογικό σχήμα αγωγής με bromocriptine

**Παρακαλώ όπως επιλέξετε από τα πιο κάτω τι ισχύει για τον ασθενή**

Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με bromocriptine αλλά ΔΕΝ επιτεύχθηκε επαναφορά των επιπέδων προλακτίνης στα φυσιολογικά

Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με bromocriptine αλλά ΔΕΝ επιτεύχθηκε συρρίκνωση του όγκου του αδενώματος κατά 50%

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Παρακαλώ επιλέξτε τι ισχύει από τα πιο κάτω για τον ασθενή:**

Ασθενής που παρουσιάζει αντένδειξη στην αγωγή με bromocriptine

Παρακαλώ δέστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αντένδειξη

Ασθενής που παρουσιάζει δυσανεξία στην αγωγή με bromocriptine

Παρακαλώ δέστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίστηκαν μετά από αγωγή με bromocriptine

**ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*



## RANOLAZINE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με ranolazine πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ασθενής με χρόνια, συμπτωματική, σταθερή στηθάγχη ο οποίος παρόλο που έχει εξαντλήσει τις διαθέσιμες φαρμακοθεραπείες (β-αδρενεργικούς αποκλειστές, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου και νιτρώδη μακράς διαρκείας) στις μέγιστες ανεκτές δόσεις, παρουσιάζει μη ανταπόκριση. Ο ασθενής ΔΕ λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με ranolazine ΚΑΙ δεν επιδέχεται χειρουργικής ή άλλης επεμβατικής αντιμετώπισης (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ασθενής με χρόνια συμπτωματική σταθερή στηθάγχη ο οποίος παρουσιάζει αντένδειξη/δυσανεξία στις διαθέσιμες φαρμακοθεραπείες (β-αδρενεργικούς αποκλειστές, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου και νιτρώδη μακράς διαρκείας). Ο ασθενής ΔΕ λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με ranolazine ΚΑΙ δεν επιδέχεται χειρουργικής ή άλλης επεμβατικής αντιμετώπισης (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**Ως δυσανεξία για τους σκοπούς του παρόντος ερωτηματολογίου ορίζεται η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που είναι σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας ώστε να είναι απαραίτητη η διακοπή της θεραπείας ή που να μην είναι δυνατή η αύξηση της δοσολογίας ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2δ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με ranolazine

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

β-αδρενεργικός αποκλειστής τον οποίο λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα β-αδρεν. αποκλειστή

Ημερομηνία έναρξης αγωγής β-αδρεν. αποκλειστή

Αναστολέας διαύλων ασβεστίου που λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα αναστ. διαύλων ασβεστ.

Ημερομηνία έναρξης αγωγής αναστ. διαύλων ασβεστ

Νιτρώδη μακράς διάρκειας που λαμβάνει ο ασθενής (δραστική ουσία, δύναμη)

Δοσολογικό σχήμα αγωγής με νιτρώδη

Ημερομηνία έναρξης αγωγής με νιτρώδη

**ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

**Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω**

Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη/δυσανεξία στη χρήση β-αδρενεργικού αποκλειστή

Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη/δυσανεξία στη χρήση αποκλειστών διαύλων ασβεστίου

Ο ασθενής παρουσιάζει αντένδειξη/δυσανεξία στη χρήση νιτρώδων μεγάλης διάρκειας

Παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αντένδειξη ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφάνισε ο ασθενής στους β-αδρενεργικούς αποκλειστές

Παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αντένδειξη ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφάνισε ο ασθενής στους αποκλειστές διαύλων αβεστίου

Παρακαλώ δώστε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με την αντένδειξη ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφάνισε ο ασθενής στα νιτρώδη μακράς διαρκείας

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

## RIVASTIGMINE

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-2)\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-2) \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με rivastigmine πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής δε λαμβάνει στο παρόν στάδιο θεραπεία με rivastigmine και έχει Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών μεγαλύτερο του 12 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

### ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με rivastigmine

### ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)

Ημερομηνία εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

Αποτέλεσμα εκτίμησης Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών

### ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*

### ΜΕΡΟΣ 4

Διαβεβαιώνω ότι θα διενεργώ επανεκτίμηση του Δείκτη Νοητικών Δυσκολιών κάθε 6 μήνες.\*

## TICAGRELOR

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται.

### ΜΕΡΟΣ 1

Παρακαλώ επιλέξτε το κουτί ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει μία από τις πιο κάτω δηλώσεις (1-3):\*

Στη συνέχεια επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-3): \*

**1. Ο ασθενής άρχισε θεραπεία με ticagrelor πριν την 2η Φεβρουαρίου 2020 (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)**

**2. Ο ασθενής θα λαμβάνει θεραπεία με ticagrelor, για πρόληψη αθηροθρομβωτικού επεισοδίου αφού υποβλήθηκε σε πρωτογενή αγγειοπλαστική (primary PCI) λόγω οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (STEMI) με τοποθέτηση δακτυλίου (stent) (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)**

**3. Ο ασθενής θα λαμβάνει ticagrelor για πρόληψη αθηροθρομβωτικού επεισοδίου αφού πριν να παρέλθει χρονικό διάστημα ενός μηνός από την τοποθέτηση του δακτυλίου, παρουσιάστηκε θρόμβωση δακτυλίου ενώ ήταν υπό αγωγή με διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με aspirin και clopidogrel. Το ticagrelor θα αντικαταστήσει το φάρμακο clopidogrel (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2γ)**

**ΜΕΡΟΣ 2α (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)**

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας με ticagrelor

**ΜΕΡΟΣ 2β (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)**

Ημερομηνία εμφράγματος μυοκαρδίου

Τύπος εμφράγματος μυοκαρδίου

Ημερομηνία Πρωτογενούς Αγγειοπλαστικής

Τύπος δακτυλίου (απλός δακτύλιος (BMS)/δακτύλιος με αποδέσμευση φαρμάκου (DES))

**Συνιστώμενη διάρκεια αγωγής: -Απλός δακτύλιος (BMS): 1 μήνας. -Δακτύλιος με αποδέσμευση φαρμάκου (DES: 1 μήνας και ακολούθως συνέχιση αντιαιμοπεταλιακή αγωγής μέχρι 6-12 μήνες με clopidogrel**

### **ΜΕΡΟΣ 2γ (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 3)**

Ημερομηνία τοποθέτησης δακτυλίου

Τύπος δακτυλίου

Ημερομηνία έναρξης διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής

Δοσολογία acetylsalicylic acid

Δοσολογία clopidogrel

**Συνιστώμενη διάρκεια αγωγής : μέχρι 12 μήνες**

### **ΜΕΡΟΣ 3**

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.\*