ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 5ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ………………………………………………………………………

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Όνομα Αιτούντος : …………….…………………………………………………………………………………………

Τμήμα: ……………………………………………………………………………………………………….

Ημερομηνία: ………………………………………………………………………………………………………

1. **Ταυτότητα αιτούμενου φαρμάκου**

Δραστική ουσία: ………………………………………………………………………………………………………………….

Κατηγορία φαρμάκων: …………………………………………………………………………………………………………

Ενδείξεις χορήγησης: ……………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………………..

Φαρμακοτεχνική Μορφή: ……………………………………………………………………………………………………

Δοσολογικό Σχήμα: ………………………………………………………………………………………………………………

Εμπορική Ονομασία: ……………………………………………………………………………………………………………

Νοσοκομειακή Τιμή: ……………………………………………………………………………………………………………

Εταιρία: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Πρωτότυπο σε σύνθεση: | ΟΧΙ ( ) | ΝΑΙ ( ) |

1. **Κόστος φαρμάκου**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Εφ’ άπαξ δόση(…….) | Ημερήσια θεραπεία(………) | Κόστος συνολικής αγωγής(………..) |

1. **Αποτύπωση υπάρχουσας κατάστασης:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Υπάρχει στο Νοσοκομείο φάρμακο με την ίδια ονομασία αλλά σε άλλη μορφή; | ΟΧΙ ( ) | ΝΑΙ ( ) (Όνομα φαρμάκου) |
| Υπάρχει στο Νοσοκομείο ίδια δραστική ουσία αλλά σε διαφορετικό ιδιοσκεύασμα; | ΟΧΙ ( ) | ΝΑΙ ( ) (Όνομα φαρμάκου) |
| Υπάρχει ήδη στο Νοσοκομείο ιδιοσκεύασμα ίδιας φαρμακευτικής κατηγορίας ή αναλόγου δράσεως; | ΟΧΙ ( ) | ΝΑΙ ( ) (Όνομα φαρμάκου) |

1. **Προτείνεται η αντικατάσταση άλλου φαρμάκου**;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΟΧΙ( ) | ΝΑΙ( ) | Όνομα φαρμάκου |

1. **Συγκριτικά πλεονεκτήματα αιτούμενου φαρμάκου ή ιδιοσκευάσματος:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ισχυρότερη δράση | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Λιγότερες παρενέργειες | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Μεγαλύτερη ασφάλεια κατά τη χρήση | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Ευκολότερο δοσολογικό σχήμα | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Καλύτερο φαρμακοκινητικό προφίλ (αποδέσμευσης – απορρόφησης προϊόντος – απομάκρυνσης από τον οργανισμό) | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Μεγαλύτερη ανοχή κατά τη χρήση | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Παρέχεται σε νοσοκομειακή συσκευασία | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |
| Χαμηλό Κόστος  | ΟΧΙ (…….) | ΝΑΙ (……..) |

1. **Απαραίτητη η αιτιολόγηση με παράθεση σχετικής βιβλιογραφίας**

(έγκυρα ιατρικά περιοδικά ή μονογραφίες που αναδεικνύουν τις ενδείξεις χορήγησης και ανάλυση με έμφαση α) στα κριτήρια επιλογής δείγματος, β) στους βιοδείκτες που επιλέγηκαν, γ) στον τρόπο υπολογισμού έκβασης και δ) στους στατιστικούς δείκτες όπως ΝΝΤ, ΝΝΗ, odds ratio κλπ)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Παραστατικά:**
* Κλινικές μελέτες
* Φαρμακοοικονομικές μελέτες
* Συγκριτικές μελέτες για τις φαρμακολογικές του δράσεις σε σχέση με συγγενείς θεραπευτικές επιλογές
* Μελέτες βιοισοδυναμίας και βιοδιαθεσιμότητας

Υπογραφή Διευθυντή Κλινικής

(Υπογραφή - Σφραγίδα)