



**ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΚΤΟΣ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ
ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:

ΑΜΚΑ ασθενούς:

Πάθηση/ICD-10:

Εμπορική ονομασία φαρμάκου:

.....

Δραστική ουσία: Κωδικός ΕΟΦ :

Φαρμακοτεχνική μορφή: Περιεκτικότητα:

Συσκευασία: Αιτούμενη ποσότητα:

Δοσολογία: Χρόνος θεραπείας:

Εγκεκριμένες ενδείξεις:

.....

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων του συγκεκριμένου φαρμάκου :

.....

.....

.....

.....

.....

Πηγές από τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση

(βιβλιογραφικές και άλλες):

.....

.....

.....

.....

.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Διεύθυνση: Ειδικότητα :

ΑΜΚΑ Ιατρού: Τηλ. & Fax:

Υπογραφή: Ημερομηνία: