



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας : 104 33  
Τηλέφωνο : 2132161400, -1521  
e-mail : farmaka@moh.gov.gr

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ**

Αθήνα, 25-11-2025  
Αριθ. Πρωτ.: 45762

**ΘΕΜΑ:** «Ένταξη φαρμάκων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων»

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 247 έως 256 του Ν. 4512/2018 (ΦΕΚ Α' 5), «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκαν με τα άρθρα 21 έως 25 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161) «Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις» και τα άρθρα 12 έως 14 του ν. 4683/2020 (Α' 83) «Κύρωση της από 20.3.2020 Π.Ν.Π. "Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης" (Α' 68) και άλλες διατάξεις».
2. Του άρθρου 51 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161) «Σύσταση ΕΟΔΥ, ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού κλπ».
3. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του π.δ. 63/2005 (ΦΕΚ Α' 98).
4. Τις διατάξεις του π.δ. 121/2017 (ΦΕΚ Α' 148), «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας», όπως ισχύει.
5. Το π.δ. 77/2023 (ΦΕΚ Α' 130) «Σύσταση Υπουργείου και μετονομασία Υπουργείων – Σύσταση, κατάργηση και μετονομασία Γενικών και Ειδικών Γραμματειών – Μεταφορά αρμοδιοτήτων, υπηρεσιακών μονάδων, θέσεων προσωπικού και εποπτευόμενων φορέων».
6. Το π.δ. 2/2024 (ΦΕΚ Α' 2) «Διορισμός Υπουργών και Υφυπουργών».
7. Την αριθμ. πρωτ. 44130/22-8-2023 (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. 863) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Διορισμός Γενικού Γραμματέα Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας».
8. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. 5525/27-1-2023 (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. 71) απόφαση «Συγκρότηση και Ορισμός μελών της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης) με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και ανασυγκρότηση της Γραμματείας αυτής».
9. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. 84435/2019 (ΦΕΚ ΥΟΔΔ 1032) απόφαση «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (Επιτροπή

Διαπραγμάτευσης) με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

10. Την Οδηγία 89/105/ΕΟΚ της 21<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1988 σχετικά με τη διαφάνεια των μέτρων που ρυθμίζουν τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση και την κάλυψη του κόστους των στα πλαίσια των εθνικών ασφαλιστικών συστημάτων υγείας.
11. Τη με αρ. πρωτ. οικ. 624/15-10-2025 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 45762/15-10-2025) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης.
12. Το αριθ. πρωτ. Β2β, Β1α/Γ.Π. 46975/22-10-2025 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: «από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης προκαλείται ενδεχόμενη πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού τ.έ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΚΑΕ 0672.00 και ΚΑΕ 0672.01), το ύψος της οποίας δεν δύναται να προσδιοριστεί, αφού θα εξαρτηθεί από τον όγκο των πωλήσεων, την τιμή αποζημίωσης των εν λόγω σκευασμάτων (η οποία ενδέχεται να είναι και εμπιστευτική τιμή μέσω διαπραγμάτευσης), καθώς και από οποιαδήποτε υποκατάσταση ακριβότερων ή φθηνότερων αποζημιούμενων θεραπειών. Η εν λόγω δαπάνη θα αυξήσει το ποσό της υπέρβασης που εντάσσεται στο μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (clawback) του προαναφερόμενου φορέα. Παράλληλα, σημειώνεται ότι δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του τακτικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας».

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την ένταξη των κατωτέρω αναφερόμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 624/15-10-2025 εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και τα συνημμένα αυτής αρχεία:

ECZATOPE DERM® OINTMENT 1MG/G BT X 1 TUBE X 30G ECZATOPE DERM® OINTMENT 1MG/G BT X 1 TUBE X 60G	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	TACROLIMUS MONOHYDRATE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Αλοιφή
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης – Άρθρο 10(a) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	MEDICAIR BIOSCIENCE LABORATORIES S.A.
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	OINTMENT 1MG/G BT X 1 TUBE X 30G OINTMENT 1MG/G BT X 1 TUBE X 60G
<b>ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ</b>	333040101 333040102
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803330401015 2803330401022
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΙΣ</b>	Η αλοιφή ECZATOPE DERM 0,1% (1 mg/g) ενδείκνυται για χρήση σε ενήλικες και εφήβους (ηλικίας 16 ετών και άνω). <u>Θεραπεία υποτροπών</u> Ενήλικες και έφηβοι (ηλικίας 16 ετών και άνω) Θεραπεία της μέτριας έως βαριάς μορφής ατοπικής δερματίτιδας σε ενήλικες που δεν απαντούν ικανοποιητικά ή δεν ανέχονται συνηθισμένες θεραπείες όπως τοπικά κορτικοστεροειδή.

	<u>Συντηρητική θεραπεία</u> Θεραπεία της μέτριας έως βαριάς ατοπικής δερματίτιδας για την αποφυγή των υποτροπών και για την επιμήκυνση των διαστημάτων μεταξύ των υποτροπών σε ασθενείς που βιώνουν συχνές υποτροπές της νόσου (δηλ. εμφάνιση 4 ή περισσότερες φορές ανά έτος) και οι οποίοι είχαν μία αρχική ανταπόκριση σε 6 εβδομάδες μέγιστης διάρκειας θεραπείας εφαρμογής της αλοιφής δύο φορές ημερησίως (πλήρης ίαση των περιοχών, σχεδόν ή ήπια επιρροή).
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
<b>DDD (Units)</b>	1 G
<b>ΑΗΔ</b>	30 60
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	L20 Ατοπική δερματίτιδα [έκζεμα] L20.8 Άλλη ατοπική δερματίτιδα [έκζεμα] L20.9 Ατοπική δερματίτιδα [έκζεμα], μη καθορισμένη
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	D11AH01
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	D11AH

<b>STERDAX® TAB 2MG/TAB ΒΤ Χ 1 ΦΙΑΛΗ (HDPE) Χ 30 TABS</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	DEXAMETHASONE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Δισκία
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης – Άρθρο 10(a) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	VITA LONGA I.K.E. (VITA LONGA P.C.)
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	TAB 2MG/TAB ΒΤ Χ 1 ΦΙΑΛΗ (HDPE) Χ 30 TABS
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	327650201
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803276502012
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Η δεξαμεθαζόνη είναι κορτικοστεροειδές. Προορίζεται για χρήση σε μερικές ενδοκρινολογικές και μη ενδοκρινολογικές διαταραχές, σε μερικές περιπτώσεις εγκεφαλικού οιδήματος και για το διαγνωστικό έλεγχο υπερλειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων. Τα STERDAX 0.5 mg και 2 mg δισκία ενδείκνυνται για τη θεραπεία της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) σε ενήλικες και εφήβους ασθενείς (ηλικίας 12 ετών και άνω με σωματικό βάρος τουλάχιστον 40 kg) που χρειάζονται συμπληρωματική θεραπεία οξυγόνου. <u>Ενδοκρινολογικές διαταραχές:</u> Εξώφθαλμος ενδοκρινούς προέλευσης.

	<p><u>Διαγνωστικοί σκοποί:</u> Χρησιμοποιούνται τα νεώτερα συνθετικά παράγωγα (δεξαμεθαζόνη). Η δοκιμασία αναστολής με μικρές δόσεις δεξαμεθαζόνης είναι χρήσιμη για τη διάγνωση του συνδρόμου Cushing και τη διευκρίνιση του υποστρώματος.</p> <p><u>Μη ενδοκρινολογικές διαταραχές:</u> Η δεξαμεθαζόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία μη ενδοκρινολογικών καταστάσεων με απόκριση στα κορτικοστεροειδή μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:</p> <p><u>Αλλεργία και αναφυλαξία:</u> Αναφυλαξία.</p> <p><u>Αρτηρίτιδα, κολλαγόνωση:</u> Ρευματική πολυμυαλγία, οζώδης πολυαρθρίτιδα.</p> <p><u>Αιματολογικές διαταραχές:</u> Αιμολυτική αναιμία (επίσης αυτοάνοση), λευχαιμία, μύελωμα, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα σε ενήλικες, δικτυολεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές (βλ. επίσης στην ενότητα ογκολογικές διαταραχές).</p> <p><u>Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος:</u> Για θεραπεία κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης στα εξής: ελκώδης κολίτιδα (ορθικού τύπου μόνο), περιοχική εντερίτιδα (νόσος του Crohn), μερικές μορφές ηπατίτιδας.</p> <p><u>Μυϊκές διαταραχές:</u> Πολυμυοσίτιδα.</p> <p><u>Νευρολογικές διαταραχές:</u> Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση δευτεροπαθής σε εγκεφαλικούς όγκους, οξείες εξάρσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας.</p> <p><u>Οφθαλμολογικές διαταραχές:</u> Πρόσθια και οπίσθια ραγοειδίτιδα, οπτική νευρίτιδα, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, ιριδοκυκλίτιδα, κροταφική αρτηρίτιδα, κογχικός ψευδοόγκος.</p> <p><u>Νεφρικές διαταραχές:</u> Νεφρωσικό σύνδρομο.</p> <p><u>Πνευμονικές διαταραχές:</u> Χρόνιο βρογχικό άσθμα, πνευμονίτιδα λόγω αναρρόφησης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), σαρκοείδωση, αλλεργική πνευμονοπάθεια όπως πνεύμονας του γεωργού και του εκτροφέα περιστερών, σύνδρομο Löffler, κρυπτογενής σκληρυντική κυψελίτιδα.</p> <p><u>Ρευματικές διαταραχές:</u> Μερικές περιπτώσεις ή ειδικές μορφές (σύνδρομο Felty, σύνδρομο Sjögren) ρευματοειδούς αρθρίτιδας, συμπεριλαμβανομένης της νεανικής ρευματοειδούς αρθρίτιδας, οξύ ρευματισμός, διάχυτος ερυθρεμάτης λύκος, κροταφική αρτηρίτιδα (ρευματική πολυμυαλγία).</p> <p><u>Δερματικές διαταραχές:</u> Κοινή πέμφιγα, πομφολυγώδης πέμφιγα, ερυθροδερμίες, σοβαρές μορφές πολύμορφου ερυθήματος (σύνδρομο Stevens-Johnson), σπογγοειδής μύκωση, πομφολυγώδης ερπητοειδής δερματίτιδα.</p> <p><u>Λοιμώξεις:</u> Φυματιώδης μηνιγγίτιδα με υψηλή τιμή λευκώματος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, σηπτικό shock από αρνητικά κατά Gram βακτηρίδια.</p> <p><u>Ογκολογικές διαταραχές:</u> Λεμφική λευχαιμία, ιδιαίτερα οξείας μορφής, κακόηθες λέμφωμα (νόσος Hodgkin, Non-Hodgkin λέμφωμα), καρκίνος του μαστού από μετάσταση, υπερασβεστιαμία ως αποτέλεσμα οστικής μετάστασης ή της νόσου του Kahler.</p>
--	---

	<u>Διάφορα:</u> Έντονες αλλεργικές αντιδράσεις, ως ανοσοκατασταλτικό σε μεταμόσχευση οργάνων, ως επικουρικό μέσο στην πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου και στη θεραπεία του καρκίνου με ογκολυτικά που έχουν σοβαρή εμετική δράση.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (ΠΧΠ)
<b>DDD (Units)</b>	1,5 mg
<b>ΑΗΔ</b>	40
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Βάσει ΠΧΠ
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	H02AB02
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	H02AB

<b>YESINTEK C/S.SOL.IN 130MG/26ML (5MG/ML) BT X 1 VIAL (GLASS) X 26ML (5MG/ML)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	USTEKINUMAB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Βιο ομοειδές – Άρθρο 10(4) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	BIOSIMILAR COLLABORATIONS IRELAND LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	C/S.SOL.IN 130MG/26ML (5MG/ML) BT X 1 VIAL (GLASS) X 26ML (5MG/ML)
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	340390401
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803403904016
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	0,54 mg
<b>ΑΗΔ</b>	240,74
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικότητα και εμπειρία.
<b>ATC5</b>	L04AC05
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	L04AC

<b>YESINTEK INJ.SO.PFS 45MG/0.5ML BT X 1 PRE-FILLED SYRINGE (GLASS) X 0.5ML (90MG/ML) YESINTEK INJ.SO.PFS 90MG/1ML BT X 1 PRE-FILLED SYRINGE (GLASS) X 1ML (90MG/ML)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	USTEKINUMAB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο διάλυμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Βιο ομοειδές – Άρθρο 10(4) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	BIOSIMILAR COLLABORATIONS IRELAND LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	INJ.SO.PFS 45MG/0.5ML BT X 1 PRE-FILLED SYRINGE (GLASS) X 0.5ML (90MG/ML) INJ.SO.PFS 90MG/1ML BT X 1 PRE-FILLED SYRINGE (GLASS) X 1ML (90MG/ML)
<b>ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ</b>	340390201 340390301
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803403902012 2803403903019
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	<p><b>Ψωρίαση κατά πλάκας</b> Το Yesintek ενδείκνυται για τη θεραπεία της μέτριας ως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας σε ενήλικες που δεν ανταποκρίθηκαν, ή παρουσιάζουν αντενδείξεις ή έχουν δυσανεξία σε άλλες συστηματικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων της κυκλοσπορίνης, της μεθοτρεξάτης (MTX) ή της φωτοθεραπείας (PUVA, ψωραλένιο και υπεριώδης ακτινοβολία Α).</p> <p><b>Παιδιατρική ψωρίαση κατά πλάκας</b> Το Yesintek ενδείκνυται για τη θεραπεία της μέτριας ως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας σε παιδιά και έφηβους ασθενείς από την ηλικία των 6 ετών και άνω, οι οποίοι δεν ελέγχονται επαρκώς με, ή έχουν δυσανεξία σε άλλες συστηματικές θεραπείες ή φωτοθεραπείες.</p> <p><b>Ψωριασική αρθρίτιδα (PsA)</b> Το Yesintek, μόνο του ή σε συνδυασμό με MTX, ενδείκνυται για τη θεραπεία της ενεργού ψωριασικής αρθρίτιδας σε ενήλικες ασθενείς όταν η ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία με μη-βιολογικό αντιρευματικό τροποποιητικό της νόσου φάρμακο (DMARD) υπήρξε ανεπαρκής.</p> <p><b>Νόσος του Crohn</b> Το Yesintek ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες.</p>
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
<b>DDD (Units)</b>	0,54 mg
<b>ΑΗΔ</b>	83,33 166,67
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς

<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης καθοδήγησης και επίβλεψης των πρώτων χορηγήσεων και παρακολούθησης κατά την διάρκεια της αγωγής
<b>ΑΤC5</b>	L04AC05
<b>ΑΤC 4 (CLUSTER)</b>	L04AC

<b>UZPRUVO C/S.SOL.IN 130MG/26ML (5MG/ML) BT X 1 VIAL X 26ML</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	USTEKINUMAB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Βιο ομοειδές – Άρθρο 10(4) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	STADA ARZNEIMITTEL AG, GERMANY
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	C/S.SOL.IN 130MG/26ML (5MG/ML) BT X 1 VIAL X 26ML
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	336280301
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803362803016
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	0,54 mg
<b>ΑΗΔ</b>	240,74
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Όπως το προϊόν αναφοράς
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδίκευση και εμπειρία.
<b>ΑΤC5</b>	L04AC05
<b>ΑΤC 4 (CLUSTER)</b>	L04AC

<b>ILARIS IN.SO.PF.P 150MG/ML BT X 1 PF.PEN X 1ML (150MG)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	CANAKINUMAB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο διάλυμα (ενέσιμο) σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πέννας (SensoReady Pen)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	NOVARTIS EUROPHARM LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	IN.SO.PF.P 150MG/ML BT X 1 PF.PEN X 1ML (150MG)
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	291660401

<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2802916604017
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	2,7 mg
<b>ΑΗΔ</b>	55,55
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και/ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση.
<b>ATC5</b>	L04AC08
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	L04AC

<p><b>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS (γυάλινες)</b>  <b>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινη)</b>  <b>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας</b>  <b>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x 2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινες)</b>  <b>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας</b>  <b>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF. PEN (γυάλινες)</b></p>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	DUPILUMAB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	SANOFI WINTHROP INDUSTRIE, FRANCE
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	<p>INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS (γυάλινες)  INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινη)  INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας  INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x 2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινες)  INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας  INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF. PEN (γυάλινες)</p>
<b>ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ</b>	<p>317630206  317630210  317630202  317630114  317630106  317630110</p>

<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803176302064 2803176302101 2803176302026 2803176301142 2803176301067 2803176301104
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	<b>Άσθμα</b> <u>Ενήλικες και έφηβοι</u> Το Durixent ενδείκνυται σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας 12 ετών και άνω ως πρόσθετη θεραπεία συντήρησης για το σοβαρό άσθμα με φλεγμονή τύπου 2 που χαρακτηρίζεται από αυξημένο αριθμό ηωσινοφίλων στο αίμα και/ή αυξημένα επίπεδα κλάσματος εκπνεόμενου μονοξειδίου του αζώτου (FeNO), οι οποίοι δεν ελέγχονται επαρκώς με υψηλής δόσης εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή σε συνδυασμό με ένα άλλο φαρμακευτικό προϊόν για θεραπεία συντήρησης
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
<b>DDD (Units)</b>	21,4 mg
<b>ΑΗΔ</b>	18,69 18,69 18,69 28,04 28,04 28,04
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	J45 Βρογχικό άσθμα J45.0 Κυρίως αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.1 Μη αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.8 Μικτές μορφές βρογχικού άσθματος J45.9 Βρογχικό άσθμα, μη καθορισμένο
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	– Επίπεδα ηωσινοφίλων $\geq 0,15$ Giga/L και/ή FeNO $\geq 25$ ppb – Σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας για το Βρογχικό Άσθμα
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
<b>ATC5</b>	D11AH05
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	D11AH

<b>SOFTACORT EY.DR.S.DC 3.35MG/ML BTx30 (3x10)LDPE περιέκτες x 0,4ml (σε sachet)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	HYDROCORTISONE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα σε περιέκτη μίας δόσης.
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	LABORATOIRES THEA, FRANCE

<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	EY.DR.S.DC 3.35MG/ML BTx30 (3x10)LDPE περιέκτες x 0,4ml (σε sachet)
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	309350103
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803093501038
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Θεραπεία των ήπιων μη λοιμωδών, αλλεργικών ή φλεγμονωδών νόσων του επιπεφυκότα
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (ΠΧΠ)
<b>DDD (Units)</b>	3 TE
<b>ΑΗΔ</b>	10
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Βάσει ΠΧΠ
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	S01BA02
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	S01BA

<b>ΒΙΛΑΖ® OR.DISP.TA 20MG/TAB BT X 20 X 1 ΣΕ ΟΡΑ/ALU/PVC//ALU ΔΙΑΤΡΗΤΕΣ ΚΥΨΕΛΕΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΔΟΣΗΣ (PERFORATED UNIT DOSE BLISTERS)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	BILASTINE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Δισκίο διασπειρόμενο στο στόμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	MENARINI INTER.OPERAT.LUXEMBURG SA, LUXEMBURG
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	OR.DISP.TA 20MG/TAB BT X 20 X 1 ΣΕ ΟΡΑ/ALU/PVC//ALU ΔΙΑΤΡΗΤΕΣ ΚΥΨΕΛΕΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΔΟΣΗΣ (PERFORATED UNIT DOSE BLISTERS)
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	287750402
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2802877504029
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Συμπτωματική θεραπεία της αλλεργικής ρινοεπιπεφυκίτιδας (εποχικής και χρόνιας) και της κνίδωσης, σε ενήλικες και εφήβους (ηλικίας από 12 ετών και άνω)
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	20 mg
<b>ΑΗΔ</b>	20
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	

<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ΑΤC5</b>	R06AX29
<b>ΑΤC 4 (CLUSTER)</b>	R06AX

<b>ΗΕDΙΜΑL ΝΑSPR.SOL 100MG/ML BT X 1 VIAL X 1.8ML (18 DOSES) ΜΕ ΔΟΣΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΤΛΙΑ</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	SUMATRIPTAN
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ρινικό εκνέφωμα, διάλυμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης – Άρθρο 10(b) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	ΠΡΟΒΙΝΤΕΝΤ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. ΠΡΟΒΙΝΤΕΝΤ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	NASPR.SOL 100MG/ML BT X 1 VIAL X 1.8ML (18 DOSES) ΜΕ ΔΟΣΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΤΛΙΑ
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	340670101
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803406701018
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Άμεση αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων της ημικρανίας με ή χωρίς αύρα
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	20 mg
<b>ΑΗΔ</b>	9
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	G43 Ημικρανία G43.1 Ημικρανία με αύρα (κλασική ημικρανία) G43.0 Ημικρανία χωρίς αύρα (κοινή ημικρανία)
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	- Χρήση μόνο επί σαφούς διάγνωσης ημικρανίας και όχι προληπτικά - Μέγιστη μηνιαία ποσότητα 2BT σε ενήλικες και 1 BT σε εφήβους 12-17 ετών
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ΑΤC5</b>	N02CC01
<b>ΑΤC 4 (CLUSTER)</b>	N02CC

<b>TREVICOPTO EY.DR.S.DC 40MCG/ML BT X 30 (6 X 5) SINGLE DOSE CONTAINERS (LDPE) X 0.2ML IN SACHET (PE/ALU)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	TRAVOPROST
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα σε περιέκτη μίας δόσης
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	EY.DR.S.DC 40MCG/ML BT X 30 (6 X 5) SINGLE DOSE CONTAINERS (LDPE) X 0.2ML IN SACHET (PE/ALU)
<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	332860105
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803328601052
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ελάττωση της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε ενήλικες ασθενείς με οφθαλμική υπέρταση ή γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας.</li> <li>- Ελάττωση της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 2 μηνών έως &lt;18 ετών με οφθαλμική υπέρταση ή παιδιατρικό γλαύκωμα.</li> </ul>
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>DDD (Units)</b>	1 TE
<b>ΑΗΔ</b>	30
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	H40 Γλαύκωμα H40.0 Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας H40.8 Άλλες μορφές γλαυκώματος H40.9 Γλαύκωμα, μη καθορισμένο
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	S01EE04
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	S01EE

<b>COVERAM INITIO TAB (3.5+2.5)MG/TAB BTx30 tabs (1 tablet - container x30)</b> <b>COVERAM INITIO TAB (7+5)MG/TAB BTx30 tabs (1 tablet - container x30)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	PERINDOPRIL:AMLODIPINE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Δισκίο
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Πρωτότυπο – Γνωστή Δραστική – άρθρο 8(3)b της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε.
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	TAB (3.5+2.5)MG/TAB BTx30 tabs (1 tablet - container x30) TAB (7+5)MG/TAB BTx30 tabs (1 tablet - container x30)
<b>ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ</b>	339900101 339900201
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803399001010 2803399002017
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Μετονομασία προϊόντος ενταγμένου στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για μετονομασία προϊόντος ενταγμένου στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία της ιδιοπαθούς υπέρτασης σε ενήλικες
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
<b>DDD (Units)</b>	1 TE
<b>ΑΗΔ</b>	30 30
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως τα ήδη ενταγμένα προϊόντα

<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ΑΤC5</b>	C09BB04
<b>ΑΤC 4 (CLUSTER)</b>	C09BB

Η παρούσα απόφαση ισχύει από την έκδοση της απόφασης αναθεώρησης του Καταλόγου Αποζημιούμενων Φαρμάκων του άρθρου 251 του ν. 4512/2018 (ΦΕΚ Α' 5), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 24 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161).

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

**ΣΠΥΡΙΔΩΝ – ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ**

**Κοινοποίηση (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):**

1. Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης
2. Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών φαρμάκων.

**Εσωτερική Διανομή (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):**

1. Γρ. Υπουργού Υγείας
2. Γρ. Γεν. Γραμματέα Στρατηγικού Σχεδιασμού
3. Δ/ση Φαρμάκου