ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

**Ονοματεπώνυμο ασθενούς**:

Πάθηση:

**Εμπορική ονομασία φαρμάκου**:

Δραστική ουσία:

Φαρμακοτεχνική μορφή:       Περιεκτικότητα:

Συσκευασία:       Αιτούμενη ποσότητα:

Δοσολογία:       Χρόνος θεραπείας:

Χώρα προέλευσης:       Εταιρεία:

Άδεια κυκλοφορίας στην χώρα προέλευσης: ΝΑΙ [ ]  ΟΧΙ [ ]

Εγκεκριμένες ενδείξεις:

Τρόπος διάθεσης στην χώρα κυκλοφορίας και προέλευσης (Απλή συνταγή, Ειδική συνταγή κ.λ.π.):

Τεκμηρίωση ανάγκης χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου και αιτιολόγηση λόγων αποκλεισμού άλλων κυκλοφορούντων στην Ελλάδα όμοιων ή παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης φαρμάκων:

Πηγές απο τις οποίες προέρχονται οι πληροφορίες για την παραπάνω τεκμηρίωση (βιβλιογραφικές και άλλες):

Το φάρμακο υπάγεται στον Ν 1729/87 περι ναρκωτικών: ΝΑΙ [ ]  ΟΧΙ [ ]

Ονοματεπώνυμο ιατρού:

Διεύθυνση:

Αρ. Μητρώου:       Τηλ. & Fax:

Υπογραφή: Ημερομηνία: