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:.....