



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 543

1 Μαρτίου 2012

### ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ 147

Έγκριση καταλόγων για την θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12 Ν. 3816/2010.

#### ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν. 3816/2010
2. Τις διατάξεις του άρθρου 23 του ν. 4052/2012
3. Την από 29.02.2012 εισήγηση του ΕΟΦ.
4. Το γεγονός ότι, από την απόφαση αυτή δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε δύο καταλόγους για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2, του άρθρου 12 του ν.3816/2010, ως εξής:

1. Ο πρώτος κατάλογος, εφεξής κατάλογος «1. Για αποκλειστική νοσοκομειακή διάθεση» περιλαμβάνει τα φάρμακα του Παραρτήματος 1. που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της απόφασης αυτής. Τα φάρμακα του παραρτήματος 1, αφορούν σε εκτέλεση συνταγών ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ και των άλλων ΦΚΑ αποκλειστικά

και μόνο από τα φαρμακεία των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ.

2. Ο δεύτερος κατάλογος, εφεξής κατάλογος «2. Για διάθεση και από ιδιωτικά φαρμακεία» περιλαμβάνει τα φάρμακα του Παραρτήματος 2. που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της απόφασης αυτής. Τα φάρμακα του παραρτήματος 2. αφορούν σε εκτέλεση συνταγών ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ και των άλλων ΦΚΑ τόσο από τα φαρμακεία των νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ όσο και από τα ιδιωτικά φαρμακεία.

3. Η χρέωση των φαρμάκων στον ΕΟΠΥΥ και τους άλλους ΦΚΑ τόσο του καταλόγου «1. Για αποκλειστική νοσοκομειακή διάθεση» όσο και του καταλόγου «2. Για διάθεση και από ιδιωτικά φαρμακεία» όταν γίνεται από τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές άνω των 60 κλινών, ορίζεται στην νοσοκομειακή τιμή +5% +ΦΠΑ. Η χρέωση των φαρμάκων του καταλόγου «2. Για διάθεση και από ιδιωτικά φαρμακεία», όταν γίνεται από τα ιδιωτικά φαρμακεία γίνεται με βάση τα όσα ορίζονται στις αποφάσεις του Υπουργού Υγείας περί «τιμολόγησης φαρμάκων».

4. Για την συνταγογράφηση των φαρμάκων των δύο καταλόγων και την εκτέλεση των συνταγών ισχύουν παράλληλα και οι υπουργικές αποφάσεις περί Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και συνταγογράφησης με βάση την Δραστική Ουσία.

		ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩ ΝΗ ΜΕ ΤΡΟΠΟ ΔΙΑΓΕΣΗΣ	ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΤC	ΚΑΤΟΧΟΣ ΛΑΒΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΕΠΑΝΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΓΕΣΗΣ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΓΕΣΗΣ
	ΔΡΑΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΜΟΡΦΗ	ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΤC	ΚΑΤΟΧΟΣ ΛΑΒΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ	ΕΠΑΝΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΓΕΣΗΣ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΓΕΣΗΣ
BY	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR VII	PD.INJ.SOL	500 IU /VIAL	B02BD02	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
BY	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR VII	PD.INJ.SOL	250 IU/ VIAL	B02BD02	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ACTILYSE	Alteplase (Recombinant human tissue-type plasminogen activator) (rt- PA)	PS.INJ.SOL	10mg/vial	B01AD02	Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α
ACTILYSE	Alteplase (Recombinant human tissue-type plasminogen activator) (rt- PA)	PS.INJ.SOL	20mg/vial	B01AD02	Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α
ACTILYSE	Alteplase (Recombinant human tissue-type plasminogen activator) (rt- PA)	PS.INJ.SOL	50mg/vial	B01AD02	Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α
ACTILYSE CATHLO	Alteplase	PS.INJ.SOL/SOL.IN F	2mg/vial	B01AD02	Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	250 IU	B02BD02	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	500 IU	B02BD03	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	1000 IU	B02BD04	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	1500 IU	B02BD05	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	2000 IU	B02BD06	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ADVATE	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος αθροώμινος παράγοντας πίρξης VIII)	PS.INJ.SOL	3000 IU	B02BD07	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1
ALBIMIN	PLASMA PROTEIN FRACTION (HUMAN)	SOL.INF	200G/L	B05AA01	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α
ALBUMAN	ALBUMIN HUMAN	SOL.INF	40MG/ML	B05AA01	STICHTING SANQUIN BLOEDVOORZIENING CLB PRODUCTS DI	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α

ALBUMAN	ALBUMIN HUMAN	SOL.INF	200MG/ML	B05AA01	STICHTING SANQUIN BLOEDVOORZIENING CLB PRODUCTS DI	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Albuminativ	Human albumin	SOL.INF	200 mg/ml	B05AA01	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Albuminativ	Human albumin	SOL.INF	40 mg/ml	B05AA01	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
ALBUMINE I/FB	ALBUMIN HUMAN	SOL.INF	20%	B05AA01	BIAMEE AE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Albumnorm	Human Albumin	SOL.INF	200g/l	B05AA01	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
ALBUREX 20	HUMAN ALBUMIN	SOL.INF	200G/L	B05AA01	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
ALDURAZYME	LARONIDASE	CS.SOL.INF	100 IU/ML	A16AB05	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
ARTISS	Human Fibrinogen Aprotinin Human Thrombin Calcium Chloride	SEALANT	91 mg/ml + 3000 KIU/ml + 4 IU/ml + 40 µmol/ml	B02BC & V03AK	BAKTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
ARZERRA	Ofatumumab	SOL.INF	100MG/5ML	L01XC10	Glaxo Group Ltd UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
Atenativ	Human plasma antithrombin III concentrat	PS.INJ.SOL	500 IU/vial	B01AB02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Atenativ	Human plasma antithrombin III concentrat	PS.INJ.SOL	1000 IU/Vial	B01AB02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Atenativ	Human plasma antithrombin III concentrat	PS.INJ.SOL	1500 IU/Vial	B01AB02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
ATG-FRESENIUS	Anti-Human T-Lymphocyte Immunoglobulin	CS.SOL.INF	100 MG/5 ML	L04AA04	FRESENIUS BIOTECH GMBH, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
AVASTIN	bevacizumab	CS.SOL.INF	100MG/4ML	L01X C07	Roche Registration Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.4			
AVASTIN	bevacizumab	CS.SOL.INF	400MG/16ML	L01X C07	Roche Registration Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			

<b>AZZALURE</b>	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX	PD.INJ.SOL	125 Spreywood U/VIAL	M03AX01	IPSEN BIOPHARM LTD, ENGLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BCG/Medac</b>	Bacillus Calmette Guerin strain RIVM	P.S.INTVES	2 X 10 <sup>8</sup> - 3 X 10 <sup>8</sup> CP/VIAL	L03AX03	MEDAC GESELLSCHAFT FUR KLINISCHE SPEZIALPRAPARATE MBH, HAMBURG, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BCG/Medac</b>	Bacillus Calmette Guerin strain RIVM	P.S.INTVES	2 X 10 <sup>8</sup> - 3 X 10 <sup>8</sup> CP/VIAL	L03AX03	MEDAC GESELLSCHAFT FUR KLINISCHE SPEZIALPRAPARATE MBH, HAMBURG, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BeneFIX</b>	Nonacog Alfa	PS.INJ.SOL	250 IU/VIAL	B02BD09	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>BeneFIX</b>	Nonacog Alfa	PS.INJ.SOL	500 IU/VIAL	B02BD09	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>BeneFIX</b>	Nonacog Alfa	PS.INJ.SOL	1000 IU/VIAL	B02BD09	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>BeneFIX</b>	Nonacog Alfa	PS.INJ.SOL	2000 IU/VIAL	B02BD09	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>BENLYSTA</b>	Belimumab	PDCSO	120mg/vial	L04AA26	Glaxo Group LTD England	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BENLYSTA</b>	Belimumab	PDCSO	400mg/vial	L04AA26	Glaxo Group LTD England	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BERNERT</b>	C-1 inhibitor	PSIF	500U/vial	B02A03	CSL Behring	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
<b>BERIPLAST P</b>	HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (FIBRINOGEN), CLOTTING HUMAN PROTEIN PLASMA FRACTION (FACTOR XIII)/APROTININ FROM BOVINE LUNG, HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (THROMBIN), THROMBIN, CALCIUM CHLORIDE PHOSPHATE	POW.S.SEAL	0,5ML	B02BC	CSL BEHRING MEIE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			

BERIPLAST P	HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (FIBRINOGEN), CLOTTING HUMAN PROTEIN PLASMA FRACTION (FACTOR XIII), APROTININ FROM BOVINE LUNG, HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (THROMBIN), THROMBIN, CALCIUM CHLORIDE DIHYDRATE	POW.S.S.EAL	1ML	B02BC	CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
BERIPLAST P	HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (FIBRINOGEN), CLOTTING HUMAN PROTEIN PLASMA FRACTION (FACTOR XIII), APROTININ FROM BOVINE LUNG, HUMAN PLASMA PROTEIN FRACTION (THROMBIN), THROMBIN, CALCIUM CHLORIDE DIHYDRATE	POW.S.S.EAL	3ML	B02BC	CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
BERIPLAX P/N	HUMAN PROTHROMBIN COMPLEX	PS.INJ.SOL	500 IU/VIAL	B02BD01	CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
BETAFACT	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX CONCENTRATE	PS.INJ.SOL	250U/VIAL	B02BD04	BIANEE AE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
BETAFACT	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX CONCENTRATE	PS.INJ.SOL	500U/VIAL	B02BD04	BIANEE AE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
BETAFACT	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX CONCENTRATE	PS.INJ.SOL	1000U/VIAL	B02BD05	BIANEE AE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
Botox	Botulinum Toxin Type A	PD.INJ.SOL	100 U/Vial (4 Allergan Units/ 0,1ml)	M03AX01	Allergan Pharmaceuticals Ireland	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
Botox	Botulinum Toxin Type A	PD.INJ.SOL	50 U/Vial (4 Allergan Units/ 0,1ml)	M03AX01	Allergan Pharmaceuticals Ireland	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
Botox	Botulinum Toxin Type A	PD.INJ.SOL	200 U/Vial	M03AX01	Allergan Pharmaceuticals Ireland	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
CEPROTIN	Ανθρώπινη Πρωτεΐνη C	PS.INJ.SOL	500IU	B01AD12	BAKTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				

CEPROTIN	Ανθρακίνη Πρωτεΐνη C	PS.INJ.SOL	1000 IU	B01AD12	BAXTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
CEREZYME	IMIGLUCERASE	PD.SOL.INF	2000U/VIAL	A16AB02	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
CEREZYME	IMIGLUCERASE	PD.SOL.INF	4000U/VIAL	A16AB02	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
CETROTIDE	Cetorelix acetate	Powder and solvent for solution for injection	0.25 mg	H01CC02	MerckSerono Europe Ltd	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά την διάρκεια της αγωγής	3γ				
CETROTIDE	Cetorelix acetate	Powder and solvent for solution for injection	3 mg	H01CC02	MerckSerono Europe Ltd	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά την διάρκεια της αγωγής	3γ				
CIMZIA	certolizumab pegol	INJ.SOL	200 mg/ml	L04AB05	UCB PHARMA S.A.	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και / ή έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.	3ββ1.1				
CUROSURF	PIG LUNG SURFACTANT	SUS.TR.INS	120mg/1,5ml	R07AA02	CHIESI HELLAS AEBE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
DYSPORT	BOTULINIUM TYPE A TOXIN HAEMAGLUTININ COMPLEX	PD.INJ.SOL	500 U/vial	M03AX01	IPSEN EPTE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
ERBITUX	Cetuximab	SOL.INF	2MG/ML	L01XC06	MERCK KGAA, DARMSTADT, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
ERBITUX	Cetuximab	SOL.INF	5MG/ML	L01XC06	MERCK KGAA, DARMSTADT, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
ERWINASE	ASPARAGINASE	LY.PD.INJ	10.000 IU/VIAL	L01XX02	ELISA PHARMA SAS, FRANCE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				

EVICEL	HUMAN CLOTTABLE PROTEIN HUMAN THROMBIN	SOL.SEALAN	50-90mg/ml/800-1200IU/ml	B02BC	OMRIX BIOPHARMACEUTICALS S.A., BELGIUM	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
FABRAZYME	AGALSIDASE BETA	PD.CS.SOL.INF	35MG/VIAL	A16AB04	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
FABRAZYME	AGALSIDASE BETA	PD.CS.SOL.INF	5MG/VIAL	A16AB04	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
FACTOR VIII/BIOTEST	FACTOR VIII:C (HUMAN COAGULATION FACTOR)	PS.INJ.SOL	250 IU/VIAL	B02BD02	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FACTOR VIII/BIOTEST	FACTOR VIII:C (HUMAN COAGULATION FACTOR)	PS.INJ.SOL	500 IU/VIAL	B02BD02	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FACTOR VIII/BIOTEST	FACTOR VIII:C (HUMAN COAGULATION FACTOR)	PS.INJ.SOL	1000 IU/VIAL	B02BD02	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FANHDI	FACTOR VIII	PS.INJ.SOL	250IU/VIAL	B02BD02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FANHDI	FACTOR VIII	PS.INJ.SOL	500IU/VIAL	B02BD02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FANHDI	FACTOR VIII	PS.INJ.SOL	1000IU/VIAL	B02BD02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FASTURTEC	RASBURICASE	PS.SOL.INF	1,5 MG/VIAL	V03AF07	SANOFF-AVENTIS 174, avenue de France F-75013 Paris Γαλλία	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
FASTURTEC	RASBURICASE	PS.SOL.INF	7,5 MG/VIAL	V03AF07	SANOFF-AVENTIS 174, avenue de France F-75013 Paris Γαλλία	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
FEIBA	Factor VIII inhibitor Bypassing Activity	PS.SOL.INF	500 IU/20 ML	B02BD03	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
FEIBA	Factor VIII inhibitor Bypassing Activity	PS.SOL.INF	1000 IU/20 ML	B02BD03	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			

FLEBOGAMMA	HUMAN IMMUNOGLOBULIN	SOL.INF	5%w/v	J06BA02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
FLEBOGAMMADIF	HUMAN IMMUNOGLOBULIN NORMAL	SOL.INF	50MG/ML	J06BA02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
FLEBOGAMMADIF	HUMAN IMMUNOGLOBULIN NORMAL	SOL.INF	100MG/ML	J06BA02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
FLEXBUMIN	Human Albumin	SOL.INF	200 g/l	B05AA01	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
FLEXBUMIN	Human Albumin	SOL.INF	250 g/l	B05AA01	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
GAMINEX	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN G (GG)	SOL.INF	100MG/ML(10%w/v)	J06BA02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
GAMMAGARD SD	Ανθρώπινη Φυσιολογική Ανσοσφαιρίνη	PD.INJ.SOL	5 g/bottle	J06BA02	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
HAEMACCEL	POLYGLINE	SOL.INF	3.5% w/v	B05AA06	PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED MORPETH, UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
HAEMATE P	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR VIII, F HUMAN VON WILLEBRAND FACTOR	PS.INJ.SOL/SOLIN, F	250 IU/VIAL	B02VD06	CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HAEMATE P	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR VIII, F HUMAN VON WILLEBRAND FACTOR	PS.INJ.SOL/SOLIN, F	500 IU/VIAL	B02VD06	CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HAEMATE P	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR VIII, F HUMAN VON WILLEBRAND FACTOR	PS.INJ.SOL/SOLIN, F	1000 IU/VIAL	B02VD06	CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HAEMATE P	FACTOR VIII:C (HUMAN COAGULATION FACTOR) HUMAN VON WILLEBRAND FACTOR	P.SV.INJ.F	250 IU/VIAL	B02BD06	CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HAEMONINE	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX CONCENTRATE	PS.INJ.SOL	60 IU/ML	B02BD04	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HAEMONINE	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX CONCENTRATE	PS.INJ.SOL	100 IU/ML	B02BD04	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HELIKATE NexGen	OCTOCOG alfa (RECOMBINANT COAGULATION FACTOR VIII)	PS.INJ.SOL	250 IU/VIAL	B02BD02	BAYER SCHERING PHARMA AG ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
HELIKATE NexGen	OCTOCOG alfa (RECOMBINANT COAGULATION FACTOR VIII)	PS.INJ.SOL	500 IU/VIAL	B02BD03	BAYER SCHERING PHARMA AG ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: CSL BEHRING MEPE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				



HELIKATE NexGen	OCTOCOG alfa (RECOMBINANT COAGULATION FACTOR viii)	PS.INJ.SOL	1000 IU/VIAL	B02BD04	BAYER SCHERING PHARMA AG ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
HELIKATE NexGen	OCTOCOG alfa (RECOMBINANT COAGULATION FACTOR viii)	PS.INJ.SOL	2000 IU/VIAL	B02BD05	BAYER SCHERING PHARMA AG ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
HELIKATE NexGen	OCTOCOG alfa (RECOMBINANT COAGULATION FACTOR viii)	PS.INJ.SOL	3000 IU/VIAL	B02BD06	BAYER SCHERING PHARMA AG ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
HEPARIN SODIUM	HEPARIN SODIUM	INJ.SOL	25000IU/5ML VIAL	B01AB01	LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS HELLAS LTD	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HEPATECT CP	PLASMA PROTEIN FRACTION (HUMAN)	SOL.INF	50 IU/ML	J06BB04	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HERCEPTIN	TRASTUZUMAB	PD.C.SO.INF	150 mg/VIAL	L01XC03	ROCHE REGISTRATION LTD UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη επίδραση και εμπειρία	3α.2			
HUMAN ALBUMIN / BEHRING	ALBUMIN HUMAN	SOL.INF	200 g/l	B05AA01	CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/BAXTER	Human Albumin	SOL.INF	50 g/l	B05AA01	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/BAXTER	Human Albumin	SOL.INF	200 g/l	B05AA01	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/BAXTER	Human Albumin	SOL.INF	250 g/l	B05AA01	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/GRIFOLS	HUMAN ALBUMIN	INJ.SOL/SOL.INF	200MG/1ML	B05AA01	DEMO AREE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/KEDRION	HUMAN PLASMA PROTEINS CONTAINING AT LEAST 95% OF PLASMA PROTEINS	SOL.INF	20G/100ML	B05AA01	KEDRION SPA, ITALY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
HUMAN ALBUMIN/KEDRION	HUMAN PLASMA PROTEINS CONTAINING AT LEAST 95% OF PLASMA PROTEINS	SOL.INF	250G/L	B05AA01	KEDRION SPA, ITALY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
IG VENA	HUMAN PLASMA PROTEIN OF WHICH HUMAN IMMUNOGLOBULINS AT LEAST 95%	SOL.INF	0,05 G/ML	J06BA02	KEDRION SPA, ITALY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
IMMUCYST	BACILLUS CALMETTE-GUERIN (BCG, STRAIN TICE)	PD.BIAD.IR	27mg/1ML	L03AX03	Π.Ν.Γ ΓΕΡΟΥΛΙΑΤΟΣ ΑΕΒΕ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη επίδραση και εμπειρία	3α.2			
IMMUNATE	Factor VIII + Factor von Willebrand	PS.INJ.SOL	250 IU	B02BD06	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			

IMMUNATE	Factor VIII + Factor von Willebrand	PS-INJ.SOL	500 IU	B02BD06	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
IMMUNATE	Factor VIII + Factor von Willebrand	PS-INJ.SOL	1000 IU	B02BD06	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
IMMUMINE	Factor IX	PS-INJ.SOL	200 IU	B02BD04	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
IMMUMINE	Factor IX	PS-INJ.SOL	600 IU	B02BD04	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
IMMUMINE	Factor IX	PS-INJ.SOL	1200 IU	B02BD04	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
IMUKIN	Interferon gamma-1b recombinant Host: E.Coli K12 strain W3110 CGSC 447 Vector: Plasmid p IIF-CYC-5	INJ.SOL	2x10 6 IU (0.1mg)/vial	I03AB03	Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε.	Περιορισμένη ιατρική συνταγή: Η διάγνωση και / ή έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται ειασός νοσοκομείου υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση.	3β.4				
INTRATECT	IMMUNOGLOBULIN HUMAN NORMAL	SOL-INF	50MG/ML	J06BA02	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
IVHEBEX	HEPATITIS B IMMUNOGLOBULIN HUMAN	PS-SOL-INF	5000 IU/VIAL	J06BB04	VIANEX A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
KIDVIG	Ανθρώπινη Φυσιολογική Ανοσοσφαιρίνη (IVig)	SOL-INF	100 mg/ml	J06BA02	BAXTER AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
KOGENATE BAYER	Human coagulation factor VII (octocog alfa)	PS-INJ.SOL	250 IU/VIAL	B02BD03	BAYER SCHERING PHARMA AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
KOGENATE BAYER	Human coagulation factor VII (octocog alfa)	PS-INJ.SOL	500 IU/VIAL	B02BD04	BAYER SCHERING PHARMA AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
KOGENATE BAYER	Human coagulation factor VII (octocog alfa)	PS-INJ.SOL	1000 IU/VIAL	B02BD05	BAYER SCHERING PHARMA AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
KOGENATE BAYER	Human coagulation factor VII (octocog alfa)	PS-INJ.SOL	2000 IU/VIAL	B02BD06	BAYER SCHERING PHARMA AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
KOGENATE BAYER	Human coagulation factor VII (octocog alfa)	PS-INJ.SOL	3000 IU/VIAL	B02BD07	BAYER SCHERING PHARMA AG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
KYBERMIN P	ANTI THROMBIN III, HUMAN CONCENTRATE	PD-INJ.SOL	500 IU/VIAL	B01AB02	CSL BEHRING MEDE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				

ΚΥΒΕΡΝΙΝ Ρ	AMTITHROMBIN III, HUMAN CONCENTRATE	PD.INJ.SOL	1000 IU/VIAL	BOJAB02	CSL BEHRING METE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
L-ASPARAGINASE 10.000/MEDAC	ASPARAGINASE	LY.PD.INJ	10.000U/VIAL	L01XX02	MEDAC GESELLSCHAFT FUR KLINISCHE SPEZIALPRAPARATE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
LUCENTIS	Ranibizumab	INI.SOL	10mg/vial	S01LA04	Novartis Europharm Limited Wimblehurst Road Horsham West Sussex, RH12 5AB Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
IMABCAMPATH	ALEMTUZUMAB	CS.SOL.INF	10MG/ML	L01XC04	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
IMABCAMPATH	ALEMTUZUMAB	CS.SOL.INF	30MG/1 ML	L01XC04	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
IMABTHERA	RITUXIMAB	CS.SOL.INF	100MG/10ML	L01XC02	ROCHE REGISTRATION LTD UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
IMABTHERA	RITUXIMAB	CS.SOL.INF	500MG/50ML	L01XC02	ROCHE REGISTRATION LTD UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
Macugen	Pegaptanib sodium	Ενέσιμο διάλυμα	0.3 mg/90μL PF.SYR	S01LA03	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
MEGALOTECT	IMMUNOGLOBULIN HUMAN ANTI-CYTOMEGALOVIRUS PLASMA PROTEIN FRACTION (HUMAN)	INI.SO.INF	50 U/ML	J06BB09	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
METALYSE	Tenecteplase	PS.INJ.SOL	6.000 IU (30mg)/vial	BO1AD11	Boehringer Ingelheim International GmbH	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
MYOZYME	ALGLUCOSIDASE ALFA	PD.CS.SOL.INF	50 MG/VIAL	A16AB07	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
MYOZYME	ALGLUCOSIDASE ALFA	PD.CS.SOL.INF	50 MG/VIAL	A16AB07	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				

NEULASTA	PEGFILGRASTIM	INJ.SOL	6MG/0,6ML(10MG/ML) PF.SYR	U03AA13	AMGEN EUROPE BV	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2			
NEUROBLOC	BOTULINUM TOXINE TYPE B	INJ.SOL	ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 5000 U/ML	M03AX01	Éisai Europe Limited European Knowledge Centre Mosquito Way Hatfield, Hertfordshire, AL 10 9SN Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2			
NIALBUMIN	ALBUMIN HUMAN	INJ.SO.INF	20%	B05AA01	REMEK ΦΑΡΜΑΚΑ- ΚΑΛΥΝΤΙΚΑ Α.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
NORMOSANG	HEMIN HUMAN	C/S.SOL.IN	250MG/10ML (AMP)	B06AB	ORPHAN EUROPE SARL, FRANCE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PS.INJ.SOL	1 MG (50 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PS.INJ.SOL	2 MG (100 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PS.INJ.SOL	5 MG (250 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PD.INJ.SOL	1,2 MG (60 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PD.INJ.SOL	2,4 MG (120 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NOVOSEVEN	ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΗΗΗΣ VIIa	PD.INJ.SOL	4,8 MG (240 ΚΙ.Ι.Υ.)/ΜΙΑΛ	B02BD08	NOVO NORDISK A/S, BAGSVAERD, ΔΑΝΙΑ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
NUJODIX	betacept	PCSIF / Κόνις για πυκνό σπείλωμα για Παρασκευή διαλύματος προς έγχυση	250mg/vial	U04AA28	BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Octagam	Immunoglobulin Human Normal	SOL.INF	50 mg/ml	J06BA02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Octagam	Immunoglobulin Human Normal	SOL.INF	100 mg/ml	J06BA02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
Octamate	Factor VIII (Human Coagulation)	PS.INJ.SOL	250 IU/vial	B02BD02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			

<b>Octanate</b>	Factor VIII (Human Coagulation)	PS, INJ, SOL	500 IU/vial	B02BD02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>Octanate</b>	Factor VIII (Human Coagulation)	PS, INJ, SOL	1000 IU/vial	B02BD02	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>Octaplex</b>	Human Coagulation Factor	PS, SOL, INF	500 IU/vial	B02BD01	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>ONCOTICE</b>	BACILLUS CALMETTE-GUERIN (BCG, STRAIN TICE)	LP, INVES.L. (ΑΝΘΡΩΠΗ ΣΚΟΝΗ ΓΙΑ ΤΥΠΟ ΕΝΔΟΚΥΤΤΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ)	12.5±3.0MG/ VIAL	L03AX03	NV Organon, Netherlands	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2			
<b>ORENCIA</b>	ABATACEPT	PD, CS, SOL, INF	250 MG/VIAL	L04AA24	BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2			
<b>ORGARAN</b>	DANAPAROID SODIUM	INJ, SOL	750 Anti-Xa Factor Units/0.6ml AMP	B01AB09	N.V. ORGANOON HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>PENTAGLOBIN</b>	HUMAN PLASMA PROTEIN OF WHICH HUMAN IMMUNOGLOBULINS AT LEAST 95% IGM, IGA, IGG	INJ, SO, INF	50MG/ML	J06BA02	BIOTEST ΕΛΛΑΣ Μ.Ε.Π.Ε.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>PLASBUMIN 25</b>	HUMAN ALBUMIN	INJ, SOL, SOL, INF	250MG/ML	B05AA01	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>PRIVIGEN</b>	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	SOL, INF	100 MG/ML	J06BA02	CSL BEHRING GMBH	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>PROLASTIN</b>	ALPHA-1-PROTEINASE INHIBITOR, HUMAN	PS, SOL, INF	1000 MG/VIAL	B02AB02	DEMO ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>PROTAMINE SULPHATE/LEO PHARMA</b>	PROTAMINE SULPHATE	INJ, SOL	1400 anti-heparin IU/ML (10mg/ML)	V03AB14	LEO Pharmaceutical Products Ltd. A/S, DENMARK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
<b>RAPILYSIN</b>	RETEPLASE	PS, INJ, SOL	0.56g (10U)/VIAL	B01AD	ACTAVIS GROUP PTC ehf.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2			
<b>RECOMBINATE</b>	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος ανθρώπινος παράγοντας πήξης VIII)	PS, INJ, SOL	250 IU	B02BD02	BAKTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>RECOMBINATE</b>	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος ανθρώπινος παράγοντας πήξης VIII)	PS, INJ, SOL	500 IU	B02BD02	BAKTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			
<b>RECOMBINATE</b>	Octocog alfa (ανασυνδυασμένος ανθρώπινος παράγοντας πήξης VIII)	PS, INJ, SOL	1000 IU	B02BD02	BAKTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1			

ReFacto AF	Moroctocog alfa	PS INI SOL	250 IU/VIAL	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	PS INI SOL	500 IU/VIAL	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	PS INI SOL	1000 IU/VIAL	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	PS INI SOL	2000 IU/VIAL	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	ΚΟΝΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΙΑ ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	σε προημερισμένη σύριγγα 3000 IU/PF.SYR (750 IU/ML)	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	ΚΟΝΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΙΑ ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	σε προημερισμένη σύριγγα 500 IU/PF.SYR (125 IU/ML)	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	ΚΟΝΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΙΑ ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	σε προημερισμένη σύριγγα 1000 IU/PF.SYR (250 IU/ML)	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
ReFacto AF	Moroctocog alfa	ΚΟΝΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΗΣ ΓΙΑ ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ	σε προημερισμένη σύριγγα 2000 IU/PF.SYR (500 IU/ML)	B02BD02	Pfizer Limited	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
REFLUDAN	LEPIRUDIN	PD.INI.SOL/SOL.IN F	50MG/VIAL	B01AE02	CELGENE EUROPE LTD	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
REFLUDAN		PD.INI.SOL/SOL.IN F	20MG/VIAL	B01AE02	CELGENE EUROPE LTD	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
REMOVAB	CATUMAXOMAB	C/S.SOL.IN	10MCG/0,1ML PF.SYR	L01XC09	FRESENIUS BIOTECH GMBH, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2				
REMOVAB	CATUMAXOMAB	C/S.SOL.IN	50MCG/0,5ML PF.SYR	L01XC09	FRESENIUS BIOTECH GMBH, GERMANY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2				
Repro	ABCIXIMAB	INI.SOL/SOL.INF	2mg/ml	B01AC13	ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - AMAY A.E.B.E	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2				
REPLAGAL	AGALSIDASE ALFA	C/S.SOL.IN	1MG/ML	A16AB03	SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES AB, SWEDEN	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία	3α.2				

REPLENINE	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX	PD.INJ.SOL	250 IU/ VIAL	B02BD04	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
REPLENINE	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX	PD.INJ.SOL	500 IU/ VIAL	B02BD04	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
REPLENINE	HUMAN PLASMA COAGULATION FACTOR IX	PD.INJ.SOL	1000 IU/ VIAL	B02BD04	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1				
RETACRIT	EPOETIN ZETA	INJ.SOL (PFSYR)	1000IU/0.3ML PF-SYR	B03XA01	HOSPIRA UK LIMITED, U.K.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
RHOPHYLAC	IMMUNOGLOBULIN ANTI-D	INJ.SOL	200 MCG (1000 IU/2ML PFS	JO6BB01	CSL BEHRING MIEFE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
RHOPHYLAC	IMMUNOGLOBULIN ANTI-D	INJ.SOL	300 MCG (1500 IU/2ML PFS	JO6BB01	CSL BEHRING MIEFE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
RIASTAP	HUMAN FIBRINOGEN	PS.INJ.SOL/SOLIN F	1G/VIAL (20MG/ML)	B02BB01	CSL BEHRING GMBH	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
RoACTEMRA	Tocilizumab	CS.SOL.INF	20 mg/ml	LO4AC07	ROCHE REGISTRATION LTD UK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
SIMULECT	BASILIXIMAB	PS.SOL.INF	20MG/vial	LO4AC02	Novartis Europharm Limited Wimblehurst Road Horsham West Sussex, RH12 5AB Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
SIMULECT	BASILIXIMAB	PS.SOL.INF	10MG/vial	LO4AC02	Novartis Europharm Limited Wimblehurst Road Horsham West Sussex, RH12 5AB Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
SURVANTA	PHOSPHOLIPID FRACTION FROM BOVINE LUNGS; PALMITIC ACID	SUSP. TRACH	200MG/8ML VIAL	R07AA02	ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ ΑΒΕΕ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2				
TachoSil	Human Fibrinogen + Human Thrombin	MED.SPONG	(9.5 cm x 4,8 cm)/SPONGE	B02BC30	Nycomed Austria GmbH, Linz, Austria	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
TachoSil	Human Fibrinogen + Human Thrombin	MED.SPONG	(4,8 cm x 4,8 cm)/SPONGE	B02BC30	Nycomed Austria GmbH, Linz, Austria	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				
TachoSil	Human Fibrinogen + Human Thrombin	MED.SPONG	(3,0 cm x 2,5 cm)/SPONGE	B02BC30	Nycomed Austria GmbH, Linz, Austria	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α				

TEVAGRASTIM	FILGRASTIM	INI.SOL./SOL.INF	30 MIU (300µg/0.5ML) PF.SYR	L03AA02	Teva GmbH Wasastraße 50 D-01445 Radebeul Γερμανία	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
TEVAGRASTIM	FILGRASTIM	INI.SOL./SOL.INF	48 MIU (480µg/0.8ML) PF.SYR	L03AA02	Τeva GmbH Wasastraße 50 D-01445 Radebeul Γερμανία	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
THYMOGLOBULINE	HUMAN ANTI-THYMOCYTE RABBIT IMMUNOGLOBULIN	PS.SOL.INF	25MG/VIAL	L04AA04	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
THYROGEN	THYROTROPIN ALFA	Κόκκις για ενέσιμο διάλυμα	0.9MG/VIAL	H01AB01	GENZYME EUROPE B.V., HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
TISSEEL	Human Fibrinogen Aprotinin Human Thrombin Calcium Chloride	SEALANT	91 mg/ml + 3000 KIU/ml + 500 IU/ml + 40 µmol/ml	B02BC & V03AK	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α		
TISSEEL VO	Human Fibrinogen Aprotinin Human Thrombin Calcium Chloride	POW.S.SEAL	91 mg/ml + 3000 KIU/ml + 500 IU/ml + 40 µmol/ml	B02BC & V03AK	BAXTER HELLAS	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α		
TRASYLOL	APROTININ	SOL.IV.INF	500000 KIU/50ML	B02AB01	BAYER ΕΛΛΑΣ ABEE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α		
VENBIG	HUMAN PLASMA PROTEIN OF WHICH HUMAN IMMUNOGLOBULINS AT LEAST 95%	PS.SOL.INF	50 IU/ML	J06BB04	KEDRION SPA, ITALY	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α		
VPRIV	Velaglycerase alfa	ININS	200U/Vial	A16AB10	Shire Pharmaceuticals Ireland Limited, Ireland	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
VPRIV	Velaglycerase alfa	ININS	400U/Vial	A16AB10	Shire Pharmaceuticals Ireland Limited, Ireland	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2		
Wilate	Factor VIII Human Von Willebrand factor Human	PS.INJ.SOL	450 IU FVIII + 400 IU VWF/Vial	B02BD06	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1		
Wilate	Factor VIII Human Von Willebrand factor Human	PS.INJ.SOL	900 IU FVIII + 800 IU VWF/Vial	B02BD06	Octapharma Hellas S.A	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1		
WILFACTIN	HUMAN VON WILLEBRAND FACTOR	PS.INJ.SOL	100IU/ml (1000IU/VIAL)	B02BD06	BIANEE AE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση μέσω κέντρων αιμορροφιλικών	3α.1		



YERVOY	ipilimumab	INCS1 / Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση	5mg/ml	L01XC11	BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG Ηνωμένο Βασίλειο	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
ZENALB	ALBUMIN HUMAN	INI.SOL./SOL.INF	20%	B05AA01	GALENICA A.E.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση	3α			
OPGENRA	eptotermim alfa			M05BC02	Olympus Biotech International Limited, Ireland.	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
TYTABRI	NATALIZUMAB	C/S SOL.IN	300MG/5VIAL (20MG/ML)	L04AA23	ELAN PHARMA INTERNATIONAL LTD, ATHLONE, IRELAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
KEPIVANCE	PALIFERMIN	PD.INJ.SOL	6.25mg/5VIAL	V03AF08	SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM AB (PUBL), STOCKHOLM, SWE	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
ELAPRASE	IDURSULFASE	C/S SOL.IN	2MG/ML	A16AB09	SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES AB, SWEDEN	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
VECTIBIX	PANITUMUMAB	C/S SOL.IN	100MG/5ML VIAL	L01XC08	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
VECTIBIX	PANITUMUMAB	C/S SOL.IN	200MG/10ML VIAL	L01XC08	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
VECTIBIX	PANITUMUMAB	C/S SOL.IN	400MG/20ML VIAL	L01XC08	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			
ATRYN	ANITHTHROMBIN ALFA	PD.SOL.INF	1750 IU/VIAL	B01AB02	LEO PHARMACEUTICAL PRODUCTS LTD A/S, DENMARK	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση από γιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία	3α.2			

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΔΡΑΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΜΟΡΦΗ	ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	ΑΤC	ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
MIOCHOL-E	ACETYLCHOLINE CHLORIDE	LY.P.EY.DR.	1%	198160101	S01EB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
MIOCHOL-E	ACETYLCHOLINE CHLORIDE	LY.P.EY.DR.	1%	198160101	S01EB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ADENOCOR	ADENOSINE	INJ.SOL	6 MG/2 ML VIAL	220970101	C01EB10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ETHYOL	AMIFOSTINE TRIHYDRATE	PD.SOL.INF	375 mg/vial	220060201	V03AF05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ETHYOL	AMIFOSTINE TRIHYDRATE	PD.SOL.INF	500 mg/vial	220060101	V03AF05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Glolan	Aminolevulinic acid	PD.OR.SOL	30 MG/ML		L01XD04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
AMBISOME	Amphotericin B	PD.SOL.INF	50mg/Vial	205370101	J02AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
AGLUTIN	AMPHOTERICIN B	PD.SOL.INF	50 mg/VIAL	271020101	J02AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
AMPHIPROL	AMPHOTERICIN B	PD.SOL.INF	50mg/VIAL	2608301	J02AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ABELCET	amphotericin B	INJ.SUSP	100 mg/20 ML VIAL	222950201	J02AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

ABELCET	amphotericin B	INJ.SUSP	100 mg/20 ML VIAL	222950202	J02AA01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ABELCET	amphotericin B	INJ.SUSP	100 mg/20 ML VIAL	222950203	J02AA01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
AMBISOME	Amphotericin B	PD.SOL.INF	50mg/Vial	205370101	J02AA01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TRASYLOL	APROTININ	SOL.INF	50000KIU/50ML	77760301	B02AB01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TRISENOX	Arsenic trioxide	CS.SOL.INF	1MG/1ML	2521001	L01XX27	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
L-Asparaginase 10.000/Medac	Asparaginase	PD.INJ.SOL	10.000 U/VIAL	2263001	L01XX02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Tractocile	Atosiban	INJ.SOL	7.5 MG/ML	2483901	G02CX01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Tractocile	Atosiban	CS.SOL.INF	7.5 MG/ML	2483902	G02CX01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TRACRIUM	Atracurium besilate	INJ.SOL	10MG/ML	190040401	M03AC04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TRACRIUM	Atracurium besilate	INJ.SOL	10MG/ML	190040402	M03AC04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TRACRIUM	Atracurium besilate	INJ.SOL	10MG/ML	190040403	M03AC04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

TRACRIUM	Atracurium besilate	INJ.SOL	10MG/ML	190040404	M03AC04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
VIDAZA	AZACITIDINE	PD.INJ.SUS	25MG/ML	287110101	L01BC07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση.
ANGIOX	BIVALIRUDIN	PD.CS.SOL.INF	250 MG/VIAL	267070101	B01AE06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
BLEOCIN	BLEOMYCIN HYDROCHLORIDE	PD.INJ.SOL	15MG/VIAL ή AMP	054570102	L01DC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
BLEOCIN	BLEOMYCIN HYDROCHLORIDE	PD.INJ.SOL	15MG/VIAL ή AMP	054570101	L01DC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Velcade	BORTEZOMIB	PD.INJ.SOL	1mg/VIAL	265480201	L01XX32	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Velcade	BORTEZOMIB	PD.INJ.SOL	3,5mg/VIAL	265480101	L01XX32	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
BusiVex	busulfan	CS.SOL.INF	6 mg/ml	264610102	L01AB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
BERINERT	C1-ESTERASE INHIBITOR HUMAN	SOL.INF	500U/VIAL	284530101	B02AB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
JEVTANA	CABAZITAXEL	CS.SOL.INF	60 MG/1,5 ML	298450101	Δεν έχει αποδοθεί ακόμη	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
CALCIUM CHLORIDE/DEMO	CALCIUM CHLORIDE	INJ.SOL	100MG/ML(10%)	207940102	B05XA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση

CALCIUM CHLORIDE/DEMO	CALCIUM CHLORIDE	INI.SOL	100MG/ML(10%)	207940101	B05XA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
Pabal	Carbetocin	INI.SOL	100 MCG/ML	2706401	H01BB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
MEGAPLATIN	CARBOPLATIN	SOL.INF	150 MG / 15 ML	207700201	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARAPLATIN	CARBOPLATIN	SOL.INF	150MG/15ML VIAL	194760501	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARBOPLAN	CARBOPLATIN	SOL.INF	50MG/5ML VIAL	281450101	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARBOPLAN	CARBOPLATIN	SOL.INF	150MG/15ML VIAL	281450201	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARBOPLAN	CARBOPLATIN	SOL.INF	450MG/45ML VIAL	281450301	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Carboplatin/ Medicus	Carboplatin	SOL.INF	10mg/1ml	282580101	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Carboplatin/ Medicus	Carboplatin	SOL.INF	10mg/1ml	282580102	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARBOPLATIN/HOSPIRA	CARBOPLATIN	SOL.INF	150MG/15ML VIAL	200930301	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARBOPLATIN/HOSPIRA	CARBOPLATIN	SOL.INF	450MG/45ML VIAL	200930401	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

G-CARBO	CARBOPLATIN	SOL.INF	150MG/15ML VIAL	293020101	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
G-CARBO	CARBOPLATIN	SOL.INF	450MG/45ML VIAL	293020201	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
VADEPLATIN	CARBOPLATIN	SOL.INF	450MG/45ML	276850201	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
VADEPLATIN	CARBOPLATIN	SOL.INF	150MG/15ML	276850101	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Carboplatin/ALVIA	Carboplatin	SOL.INF	150mg/ml/15ml	2612901	L01XA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
GLIADEL	CARMUSTINE	IMPLANT	7,7MG/IMPLANT	245110101	L01AD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ADDAMEL N	CHROMIC CHLORIDE HEXAHYDRATE INJ.SOL/SOL.INF			2021401	B05XA31	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ADDAMEL N	CHROMIC CHLORIDE HEXAHYDRATE INJ.SOL/SOL.INF			2021401	B05XA31	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
NIMBEX	Cisatracurium besilate	INJ.SOL	2MG/ML	228440101	M03AC11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
NIMBEX	Cisatracurium besilate	INJ.SOL	2MG/ML	228440102	M03AC11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
NIMBEX	Cisatracurium besilate	INJ.SOL	2MG/ML	228440103	M03AC11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση

NIMBEX	Cisatracurium besilate	INJ.SOL	2MG/MIL	228440104	M03AC11	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
Seropram	Citalopram	CS.SOL.INF	40mg/ml	199560401	N06AB04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
Lopraxer	Citalopram Hydrochloride	CS.SOL.INF	40mg/ml	270600501	N06AB04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
Lopracil	Citalopram Hydrochloride	CS.SOL.INF	40mg/ml	261810501	N06AB04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
Leustatin	CLADRIBINE	SOL.INF	10mg/10ml VIAL	222130101	L01BB04	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CLINDAMYCIN/KABI	CLINDAMYCIN PHOSPHATE	INJ.SOL	150MG/MIL	2803101	J01FF01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
CLINDAMYCIN/KABI	CLINDAMYCIN PHOSPHATE	INJ.SOL	150MG/MIL	2803101	J01FF01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
CLINDAMYCIN/KABI	CLINDAMYCIN PHOSPHATE	INJ.SOL	150MG/MIL	2803101	J01FF01	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
EVOLTRA	CLOFARABINE	CS.SOL.INF	20MG (1MG/ML) 20	2860101	L01BB06	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
EVOLTRA	CLOFARABINE	CS.SOL.INF	20MG (1MG/ML) 20	2860101	L01BB06	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
EVOLTRA	CLOFARABINE	CS.SOL.INF	20MG (1MG/ML) 20	2860101	L01BB06	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

EVOLTRA	CLOFARABINE		CS.SOL.INF	20MG (1MG/ML) 20	2860101	L01BB06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
EVOLTRA	CLOFARABINE		CS.SOL.INF	20MG (1MG/ML) 20	2860101	L01BB06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ORGARAN	DANAPAROID SODIUM (Anti-Xa-Factor)		INJ.SOL	750 Anti Xa Factor units / 0.6ml amp	205660101	B01AB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ORGARAN	DANAPAROID SODIUM (Anti-Xa-Factor)		INJ.SOL	750 Anti Xa Factor units / 0.6ml amp	205660102	B01AB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
SUPRANE	Desflurane		INH.VAP.LIQ	100%	222500101	N01AB07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
SUPRANE	Desflurane		INH.VAP.LIQ	100%	222500102	N01AB07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
SAVENE	DEXRAZOXANE		PD.CS.SOL.INF/ SOLV.SOL.INF	20mg/ml	275000101	V03AF02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARDIOXANE	DEXRAZOXANE		PD.SOL.INF	500mg/VIAL	270020101	V03AF02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CARDIOXANE	DEXRAZOXANE		PD.SOL.INF	500mg/VIAL	270020102	V03AF02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
IVEMEND	DIMEGLUMINE FOSAPREPITANT		PD.SOL.INF	115mg	284200101	A04AD12	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
IVEMEND	DIMEGLUMINE FOSAPREPITANT		PD.SOL.INF	115mg	284200102	A04AD12	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.



IVEMEND	DIMEGLUMINE FOSAPREPTANT	PD.SOL.INF	150mg	284200201	A04AD12	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
IVEMEND	DIMEGLUMINE FOSAPREPTANT	PD.SOL.INF	150mg	284200202	A04AD12	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Propress	Dinoprostone	VAG.DEV	10 MG/DEVICE	2358901	G02AD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Prostin E2	Dinoprostone	VAG.TAB	3 MG/TAB	183990101	G02AD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Inotrex	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	250mg/VIAL	172350101	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Inotrex	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	SOL.INF	250mg/20ml	172350201	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
DOBUTAN	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	SOL.INF	125MG/250ML	267580101	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
DOBUTAN	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	SOL.INF	250MG/250ML	267580201	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
DOBUTAN	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	SOL.INF	500MG/250ML	267580301	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
DOBUTAN	DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	250MG/20ML	267580401	C01CA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
DOCETAXEL/TEVA	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	20MG/0,72ML VIAL	293810101	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.

DOCETAXEL/TEVA	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	80MG/2,88ML VIAL	293810201	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
TAXOTERE	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	20 MG/1ML	224860301	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
TAXOTERE	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	80 MG/4ML	224860401	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
TAXOTERE	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	160 MG/ 8ML	224860501	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
DOCETAXEL/HOSPIRA	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	10MG/ML (20MG/2ML)	278810101	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
DOCETAXEL/HOSPIRA	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	10MG/ML (80MG/8ML)	278810102	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
DOCETAXEL/HOSPIRA	DOCETAXEL	CS.SOL.INF	10MG/ML (160MG/16ML)	278810103	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
DOPAMINE/ANFARM	DOPAMINE HCL	CS.SOL.INF	50MG/5ML AMP	243720101	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	50MG/5ML AMP	226120101	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	50MG/5ML AMP	226120102	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	50MG/5ML AMP	226120103	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.

GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	200MG/10ML AMP	226120201	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	200MG/10ML AMP	226120202	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
GILUDOP	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.INJ.SOL	200MG/10ML AMP	226120203	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
DOPAMINE HCl/DEMO	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	50MG/5ML AMP	242620101	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
DOPAMINE HCl/DEMO	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	50MG/5ML AMP	242620102	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
DOPAMINE HCl/DEMO	DOPAMINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	100MG/5ML AMP	242620201	C01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
MYOCET	DOXORUBICIN HCl	PD.PM.C.IJ	50MG (2MG/ML)	251340101	L01DB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
DOXIPROL	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	2mg/ML	2765301	L01DB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
Caelyx	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	2mg/ml	225810101	L01DB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
Caelyx	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	2mg/ml	225810102	L01DB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.
Caelyx	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	2mg/ml	225810103	L01DB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκαρμιακή χρήση.

Caelyx	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	2mg/ml	225810104	L01DB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
XOMOLIX	DROPERIDOL	INJ.SOL	2.5 mg/ml	273560101 273560102	N05AD08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Xigris	DROTRECIGIN ALFA (ACTIVATED)	PD.SOL.INF	20mg/VIAL	258480201	B01AD10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση σε MEO.
Xigris	DROTRECIGIN ALFA (ACTIVATED)	PD.SOL.INF	5mg/VIAL	258480101	B01AD10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση σε MEO.
EPIRUBICINE/GENERIC	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2mg/ml	2774801	L01D B03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
EPIRUBICINE/GENERIC	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2mg/ml	2774801	L01D B03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
RUBIPROL	EPIRUBICIN HYDROCHLORIDE	INJ.SOL	50mg/25ml VIAL	2762601	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Epimedac	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2 MG/ML	274940101	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Epimedac	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2 MG/ML	274940102	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Epimedac	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2 MG/ML	274940103	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Epimedac	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2 MG/ML	274940104	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.

Eprimedac	Epirubicin hydrochloride	INJ.SOL	2 MG/ML	274940105	L01DB03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
EPIRUBICIN/KABI	EPIRUBICIN HYDROCHLORIDE	INJ.SOL/SOL.INF 2 MG/ML		2857601	L01D B03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
EPIRUBICIN/KABI	EPIRUBICIN HYDROCHLORIDE	INJ.SOL/SOL.INF 2 MG/ML		2857601	L01D B03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
INTEGRILIN	Eptifibatide	SOL.INF	0.75MG/ML	232580101	B01AC16	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
INTEGRILIN	Eptifibatide	SOL.INF	2MG/ML	232580201	B01AC16	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
HALAVEN (???)	ERIBULINE MESYLATE	INJ.SOL	ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 0,44MG/ML	299480101	L01XX41	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
HALAVEN	ERIBULINE MESYLATE	INJ.SOL	ΕΝΕΣΙΜΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 0,44MG/ML	299480102	L01XX41	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
BREVIBLOC	Esmolol hydrochloride	INJ.SOL	100 mg/10 ml	204260201	C07AB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
BREVIBLOC	Esmolol hydrochloride	SOL.INF	10 mg/ml	204260301	C07AB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Nexium	Esomeprazole sodium	PD.INJ.SOL/SOL .INF	40 mg/vial	248780301	A02B05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Hypnomidate	ETOMIDATE	INJ.SOL	20MG/10ML AMP	160190101	N01AX07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Fentanyl	FENTANYL CITRATE	INI.SOL	0.05mg/1ml AMP	012670201	N01AH01	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ <sup>1</sup> ): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
Fentanyl	FENTANYL CITRATE	INI.SOL	0.5mg/10ml AMP (0.05mg/ml)	012670101	N01AH01	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ <sup>1</sup> ): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
Meganyl	Fentanyl citrate	INI.SOL	0.05 mg/ml	276240101	N01AH01	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ <sup>1</sup> ): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
Meganyl	Fentanyl citrate	INI.SOL	0.5mg/10ml	276240201	N01AH01	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ <sup>1</sup> ): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
FERROPROL	FERRIC HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	CS.SOL.INF	100mg/5ml AMP	2637201	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ANEMIFER	FERRIC HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL/CS.SOL. INF	100mg/5ml	263030101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ANEMIFER	FERRIC HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL/CS.SOL. INF	100mg/5ml	263030102	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/TEVA	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1MG/ML	280700101	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/TEVA	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1MG/ML	280700102	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/TEVA	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1MG/ML	280700103	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/TEVA	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1MG/ML	280700104	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

FLUMEXAT	FLUMAZENIL	INI.SOL/CS.SOL INF	0.1MG/ML	2691501	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DEMEXATE	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.5MG/5ML AMP	268230101	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/KABI	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1mg/ml	2754701	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
FLUMAZENIL/KABI	FLUMAZENIL	INI.SOL	0.1mg/ml	2754701	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ANEXATE	Flumazenil	INI.SOL	0.5 mg/5 ml amp	196060101	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ANEXATE	Flumazenil	INI.SOL	1 mg/10 ml amp	196060201	V03AB25	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
MUPHORAN	FOTEMUSTINE	PS.SOL.INF	208 mg/VIAL	2251801	L01AD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CYMEVENE	GANCICLOVIR SODIUM	SOL.INF	500MG/VIAL	197690101	J05A B06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CYMEVENE	GANCICLOVIR SODIUM	SOL.INF	500MG/VIAL	197690102	J05A B06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/GENERIC	Gemcitabine	PD.SOL.INF	200mg/vial	2862101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/GENERIC	Gemcitabine	PD.SOL.INF	1000mg/vial	2862102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

GENVIR	Gemcitabine	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	286360101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GENVIR	Gemcitabine	PD.SOL.INF	1G/VIAL	285500201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620107	L01BC05	1) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620103	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620104	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620105	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620106	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620108	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MEDIGEM	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283620109	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



GEMCITABINE/EBEWE	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	200 mg / Vial	285510101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/EBEWE	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	200 mg / Vial	285510102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/EBEWE	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	1000 mg / Vial	285510201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/EBEWE	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	1000 mg / Vial	285510202	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TAMCIBIN	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	200 mg / VIAL	282710101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TAMCIBIN	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	1000 mg / VIAL	282710201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TAMCIBIN	Gemcitabine HCL	PD.SOL.INF	2000 mg / VIAL	282710301	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/SPECIFAR	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	2848901	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/SPECIFAR	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	1G/VIAL	2848902	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	1000 MG/VIAL	272760201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	1000 MG/VIAL	272760202	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	1000 MG/VIAL	272760203	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	200 MG/VIAL	272760101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	200 MG/VIAL	272760102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIT	GEMCITABINE HCL	PD.SOL.INF	200 MG/VIAL	272760103	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMNIL	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	286300101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMNIL	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000MG/VIAL	286300201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIPEN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200mg/VIAL	2843801	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIPEN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000mg/VIAL	2843802	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/ACTAVIS	Gencitabine Hydrochloride	PD.SOL.INF	200 mg/vial (38 mg/	2794.10101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/ACTAVIS	Gencitabine Hydrochloride	PD.SOL.INF	200 mg/vial (38 mg/	2794.10102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Γκειλζορ	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000mg/VIAL	224290201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Γκεμζαρ	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200mg/VIAL	224290101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DEMOZAR	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200mg	282270101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DEMOZAR	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000mg	282270201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Gemcitabine/Medac	Gemcitabine hydrochloride	PD.SOL.INF	38 MG/ML	281400101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Gemcitabine/Medac	Gemcitabine hydrochloride	PD.SOL.INF	38 MG/ML	281400102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Gemcitabine/Medac	Gemcitabine hydrochloride	PD.SOL.INF	38 MG/ML	281400103	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTABIN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200 mg/VIAL	283010101 &	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTABIN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200 mg/VIAL	283010102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTABIN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000 mg/VIAL	283010201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTABIN	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000 mg/VIAL	283010202	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	286050101	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	2860.50102	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	200MG/VIAL	2860.50103	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000MG/VIAL	2860.50201	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000MG/VIAL	2860.50202	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	1000MG/VIAL	2860.50203	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	2000MG/VIAL	2860.50301	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	2000MG/VIAL	2860.50302	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCITABINE/TEVA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	2000MG/VIAL	2860.50303	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIRENA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	38 MG/ML	284.1001	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GEMCIRENA	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	PD.SOL.INF	38 MG/ML	284.1001	L01BC05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NITROLINGUAL	GLYCERYL TRINITRATE	SOL.INF	SOL.INF. 1mg/ml	455.1.001	C01DA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

NITROLINGUAL	GLYCERYL TRINITRATE	SOL.INF	SOL.INF. 1mg/ml	45511002	C01DA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANITRON	GRANISETRON (as hydrochloride)	SOL.INF	3 mg/3 ml	255820101	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANISETRON/SPECIFAR	GRANISETRON HCL	INJ.SOL	1MG/ML	2857103	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANISETRON/SPECIFAR	GRANISETRON HCL	INJ.SOL	3MG/3ML	2857104	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANITRYL	GRANISETRON HCL	SOL.INF	3MG/3ML AMP	271210201	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TORIBIX	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	SOL.INF	3mg/3ML AMP	280860201	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DIALGYL	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	SOL.INF	3MG/3ML AMP	280810201	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Granisetron/B.BRAUN	Granisetron hydrochloride	CS.INJ.SOL/SOL	1mg/ml	277640101	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Granisetron/B.BRAUN	Granisetron hydrochloride	CS.INJ.SOL/SOL	1mg/ml	277640102	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Granisetron/B.BRAUN	Granisetron hydrochloride	CS.INJ.SOL/SOL	1mg/ml	277640103	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Granisetron/B.BRAUN	Granisetron hydrochloride	CS.INJ.SOL/SOL	1mg/ml	277640104	A04AA02	3α) ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

GRANISETRON/KABI	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	1MG/ML	2818401	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANISETRON/KABI	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	1MG/ML	2818401	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANISETRON/KABI	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	1MG/ML	2818401	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GRANISETRON/KABI	GRANISETRON HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	1MG/ML	2818401	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
KYTRIL	Granisetron Hydrochloride	SOL.INF	3mg/3ml amp	204140101	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
KYTRIL	Granisetron Hydrochloride	INI.SOL	1mg/1ml amp	204140501	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PLASMAVOLUME REDIBAG	Hydroxyethyl starch + electrolytes	SOL.INF		278900102	B05AA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VOLUVEN	HYDROXYETHYL STARCH,SODIUM	SOL.INF	6%+0,9% (W/V)	2477901	B05AA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VOLUVEN	HYDROXYETHYL STARCH,SODIUM	SOL.INF	6%+0,9% (W/V)	2477901	B05AA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IASIBON	IBANDRONIC ACID	CS.SOL.INF	1mg/ml	297750201	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IASIBON	IBANDRONIC ACID	CS.SOL.INF	2mg/2ml	297750301	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

IASIBON	IBANDRONIC ACID	CS.SOL.INF	6mg/ 6ml	297750401	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IASIBON	IBANDRONIC ACID	CS.SOL.INF	6mg/ 6ml	297750402	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IASIBON	IBANDRONIC ACID	CS.SOL.INF	6mg/ 6ml	297750403	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BONDRONAT	Ibandronic Acid	CS.SOL.INF	2 mg/2ml	227310202	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BONDRONAT	Ibandronic Acid	CS.SOL.INF	6 mg/6ml	227310401	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BONDRONAT	Ibandronic Acid	CS.SOL.INF	6 mg/6ml	227310402	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BONDRONAT	Ibandronic Acid	CS.SOL.INF	6 mg/6ml	227310403	M05BA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CORVERT	IBUTILIDE FUMARATE	INJ.SOL/SOL.INF	0.1MG/ML (87MCG/ML)	234920101	C01BD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zavedos	Idarubicin Hydrochloride	PD.INJ.SOL	5 MG/VIAL	202170101	L01DB06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zavedos	Idarubicin Hydrochloride	PD.INJ.SOL	10 MG/VIAL	202170201	L01DB06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zavedos	Idarubicin Hydrochloride	CAPS	5 MG/CAP	202170401	L01DB06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Zavedos	Idarubicin Hydrochloride	CAPS	10 MG/CAP	202170501	L01DR06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ILOMEDIN	Iloprost trometamol	SOL.INF	0,05 MG/0,5 ML AMP	207130201	B01AC11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ILOMEDIN	Iloprost trometamol	SOL.INF	0,1 MG/1ML AMP	207130101	B01AC11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MIZANTRONE	Irinotecan	CS.SOL.INF	20MG/ML	286220101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MIZANTRONE	Irinotecan	CS.SOL.INF	20MG/ML	286220102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MIZANTRONE	Irinotecan	CS.SOL.INF	20MG/ML	286220103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS.SOL.INF	20 mg / ml	285190101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS.SOL.INF	20 mg / ml	285190102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS.SOL.INF	20 mg / ml	285190103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS.SOL.INF	20 mg / ml	285190104	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS.SOL.INF	20 mg / ml	285190105	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190106	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190107	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190108	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190109	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190110	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/EBEWE	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	285190111	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINTECAN	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	286340101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINTECAN	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	286340102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINTECAN	Irinotecan HCL	CS SOLINF	20 mg /ml	286340103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Biotecan	Irinotecan HCl Trihydrate	CS SOLINF	20mg/1ml	281540101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Biotecan	Irinotecan HCl Trihydrate	CS SOLINF	20mg/1ml	281540102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Biotecan	Irinotecan HCl Trihydrate	CS.SOL.INF	20mg/1ml	281540103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/GENERIC	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF	20mg/mL	2802301	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/GENERIC	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF	20mg/mL	2802301	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRITEC	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	40MG/2ML	284130101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRITEC	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	100MG/5ML	284130201	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810104	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810105	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS.SOL.INF	20MG/ML	275810106	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	275810107	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN/TEVA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	275810108	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE/HOSPIRA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20 MG/ML	262130101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE/HOSPIRA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20 MG/ML	262130102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE/HOSPIRA	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20 MG/ML	262130103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOCAN	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	281370101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRINOCAN	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	281370102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTACIL	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	283400101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTACIL	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	283400102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTACIL	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	283400103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SANTACIL	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE TRIHYDRATE	CS SOLINF	20MG/ML	283400104	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Irinotecan/Medac	Irinotecan hydrochloride trihydrate	CS.SOL.INF	20 MG/ML	281800101	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Irinotecan/Medac	Irinotecan hydrochloride trihydrate	CS.SOL.INF	20 MG/ML	281800102	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Irinotecan/Medac	Irinotecan hydrochloride trihydrate	CS.SOL.INF	20 MG/ML	281800103	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Campto	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF.	20MG/ML VIAL	272710304	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Campto	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF.	20MG/ML VIAL	232710305	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Campto	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF.	20MG/ML VIAL	232710301	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Campto	Irinotecan Hydrochloride Trihydrate	CS.SOL.INF.	20MG/ML VIAL	232710302	L01XX19	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HEMAFER-S	IRON (III) HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	CS.SOL.INF	100mg/5ML AMP. (20mg/ML)	2725401	B03AC	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
IRONCROSE	IRON (III) HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	IN.SOL.CR	20MG/ML	279660101	B03AC	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ferrinemia	Iron (III) Hydroxide Sucrose Complex	INJ.SOL/CS.SOL. INF	20mg/1ml AMP	278570101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Felix	Iron (III)- Hydroxide sucrose complex	Solution for injection /concentrate for solution for infusion	100mg/5ml	265410101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

VENIRON	IRON (III)-HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	CS.SOL.INF	100MG/5ML	288810101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ironate	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	279950101	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ironate	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	279950102	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ironate	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	279950103	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ironate	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	279950104	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ironate	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	279950105	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex/Biomedic Laboratories	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	292310101	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Iron (II)-Hydroxide Dextran Complex/Biomedic Laboratories	Iron (III)-Hydroxide Dextran Complex	INI.SOL/SOL.INF	50mg/ml	292310102		3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FERINJECT	IRON CARBOXYMALTOSE	INI.SOL/SOL.INF	50MG/ML	272550101	B03AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FERINJECT	IRON CARBOXYMALTOSE	INI.SOL/SOL.INF	50MG/ML	272550102	B03AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FERINJECT	IRON CARBOXYMALTOSE	INI.SOL/SOL.INF	50MG/ML	272550103	B03AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

FERINJECT	IRON CARBOXYMALTOSE	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/ML	272550104	B03AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NEPHROFEROL	IRON HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	IN.SOL.CR 100 mg/5 ml	274070101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NEPHROFEROL	IRON HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	IN.SOL.CR 100 mg/5 ml	274070102	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NEPHROFEROL	IRON HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	IN.SOL.CR 100 mg/5 ml	274070103	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NEPHROFEROL	IRON HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	IN.SOL.CR 100 mg/5 ml	274070104	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
COSMOFER	IRON III - HYDROXIDE DEXTRAN COMPLEX	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/1ML AMP	249890101	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
COSMOFER	IRON III - HYDROXIDE DEXTRAN COMPLEX	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/1ML AMP	249890102	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
COSMOFER	IRON III - HYDROXIDE DEXTRAN COMPLEX	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/1ML AMP	249890103	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
COSMOFER	IRON III - HYDROXIDE DEXTRAN COMPLEX	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/1ML AMP	249890104	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
COSMOFER	IRON III - HYDROXIDE DEXTRAN COMPLEX	INJ.SOL/SOL.INF 50MG/1ML AMP	249890105	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DEXTRIFER-S	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INJ.SOL/CS.SOL. 100mg/5ML AMP. (ή 20mg/ML)	2725301	B03AC	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

INTRAFER	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML OR 20MG/1ML	271130101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
INTRAFER	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML OR 20MG/1ML	271130102	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
INTRAFER	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML VIAL	271130103	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
INTRAFER	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML OR 20MG/1ML	271130104	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FAREMIO	IRON SUCROSE (IRON III) - HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML AMP	271190101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Reoxyl	Iron Sucrose (Iron III) -Hydroxide sucrose complex	INI.SOL./CS.SOL. INF	10mg/5ml vial (20mg/ml)	269630101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VENOFER	IRON SUCROSE (IRON III)- HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML	246780101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VENOFER	IRON SUCROSE (IRON III)- HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	INI.SOL./CS.SOL. INF	100MG/5ML	246780102	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ALVOFER	IRON(III) HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	CS.SOLINF	100MG/5ML	2796001	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SUCROVEN	IRON(III) HYDROXIDE SUCROSE COMPLEX	CS.SOLINF	20MG/1ML	2796101	B03AC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
AMINOSTERIL N-HEPA	ISOLEUCINE,LEUCINE,LYSINE ACE INI.SOL./SOL INF: 8%			2681901	B05BA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

NEPHROTECT	ISOLEUCINE,LEUCINE,LYSINE ACE	INI.SOL/SOL.INF	10%	2676101	B05BA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NEPHROTECT	ISOLEUCINE,LEUCINE,LYSINE ACE	INI.SOL/SOL.INF	10%	2676101	B05BA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
AMINOMIX 1 NOVUM	ISOLEUCINE,LEUCINE,LYSINE,ME	SOL.INF		2681501	B05BA10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CHIROCAINE	LEVOBUPIVACAINE HCL	INI.SOL/CS.SOL. INF	2,5 mg/ml	2465201	N01B B10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CHIROCAINE	LEVOBUPIVACAINE HCL	INI.SOL/CS.SOL. INF	5,0 mg/ml	2465202	N01B B10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CHIROCAINE	LEVOBUPIVACAINE HCL	INI.SOL/CS.SOL. INF	7,5 mg/ml	2465203	N01B B10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CHIROCAINE	LEVOBUPIVACAINE HCL	SOL.INF	1,25 mg/ml	2465204	N01B B10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
CHIROCAINE	LEVOBUPIVACAINE HCL	SOL.INF	0,625 mg/ml	2465205	N01B B10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Simdax	Levosimendan	CS.SOL.INF	2,5 mg/ml	251270101	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Simdax	Levosimendan	CS.SOL.INF	2,5 mg/ml	251270102	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Simdax	Levosimendan	CS.SOL.INF	2,5 mg/ml	251270103	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



Simdax	Levosimendan	CS.SOLINF	2.5 mg/ml	251270104	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Simdax	Levosimendan	CS.SOLINF	2.5 mg/ml	251270105	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Simdax	Levosimendan	CS.SOLINF	2.5 mg/ml	251270106	C01CX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360101	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360102	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360103	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360104	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360105	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ANTIZOLID	LINEZOLID	SOLINF	2 mg/ml	284360106	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870101	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870102	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870103	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870104	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870105	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870106	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870107	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870108	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870109	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870110	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Zyvoxid	Linezolid	SOL.IV.INF.	2MG/1 ML	251870111	J01XX08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MAGNESIUM SULFATE/DEMO	MAGNESIUM SULFATE HEPTAHYDRATE	INI.SOL	250MG/ML(25%)	207920102	B05XA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MAGNESIUM SULFATE/DEMO	MAGNESIUM SULFATE HEPTAHYDRATE	INI.SOL	250MG/ML(25%)	207920101	B05XA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Methylthioninium chloride Proveblue	Methylthioninium chloride	INI.SOL	5mg/ml	ΚΑΤΑΓΟΣΤΗΣ ΠΑ BLUE BOX & ΚΩΔΙΚΟΥΣ 38964, 27/5/11	V03AB17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Methylthioninium chloride Proveblue	Methylthioninium chloride	INI.SOL	5mg/ml	299760101	V03AB17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
METROGYL	METRONIDAZOLE	INI.SOL/SOL.INF	500MG/100ML VIAL	0681704	J01XD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DAVIZOL	MIDAZOLAM	INI.SOL	5MG/ML	2498102	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMIXAL	MIDAZOLAM	INI.SOL	15MG/3ML AMP	259070101	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMIXAL	MIDAZOLAM	INI.SOL	50MG/10ML AMP	259070201	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMIPNOL	MIDAZOLAM	INI.SOL	5MG/ML	290340101	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMIPNOL	MIDAZOLAM	INI.SOL	5MG/ML	290340102	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMICUM	Midazolam	INI.SOL	15 mg/3 ml amp	188210101	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMICUM	Midazolam	INI.SOL	5 mg/5 ml amp	188210201	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DORMICUM	Midazolam	INI.SOL	50 mg/10 ml amp	188210301	N05CD08	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'); Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

MEPACT	MIFAMURTIDE	PD.SUS.INF	4MG/VIAL	294650101	L03AX15	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MIFEGYNE	MIFEPRISTONE	TAB	200 MG/TAB	245500101	G03XB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MIFEGYNE	MIFEPRISTONE	TAB	200 MG/TAB	245500102	G03XB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
GENEFADRONE	MITOXANTRONE HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	30 MG / 15 ML VIAL	206460301	L01DB07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ATRIANCE	Nelarabine	SOL.INF	5MG/ML	279190101	L01BB07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ADALAT	NIFEDIPINE	SOL.INF	5MG / 50ML	116570401	C08CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NIMOTOP	NIMODIPINE	SOL.INF	10MG/50ML	193250101	C08CA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NORADREN	NOREPINEPHRINE BITARTRATE MONOHYDRATE	CS.SOL.INF	8MG/4ML	267960101	C01CA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NORADREN	NOREPINEPHRINE BITARTRATE MONOHYDRATE	CS.SOL.INF	8MG/4ML	267960102	C01CA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INJ.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060101	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INJ.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060102	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060103	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060104	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060105	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060106	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060107	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060108	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060109	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060110	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060111	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060112	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL./SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060113	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL/SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060114	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL/SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060115	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MONOFER	OLIGOSACCHARIDE COMPLEX	INI.SOL/SOL.INF	100MG/1ML AMP	284060116	B03AC06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZETRON	Ondansetron	INI.SOL	8MG/4ML	263410201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZETRON	Ondansetron	INI.SOL	8MG/4ML	263410202	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	4MG/2ML	199060301	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	4MG/2ML	199060304	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	4MG/2ML	199060305	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	4MG/2ML	199060303	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	4MG/2ML	199060306	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	8MG/4ML	199060401	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

ZOFFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	8MG/4ML	199060404	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	8MG/4ML	199060405	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	8MG/4ML	199060403	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOFFRON	Ondansetron HCl dihydrate	INI.SOL	8MG/4ML	199060406	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAREN	Ondansetron Hydrochloride	INI.SOL	4 mg / 2 ml AMP	252000101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAREN	Ondansetron Hydrochloride	INI.SOL	4 mg / 2 ml AMP	252000401	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAREN	Ondansetron Hydrochloride	INI.SOL	8 mg / 4 ml AMP	252000402	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAREN	Ondansetron Hydrochloride	INI.SOL	8 mg / 4 ml AMP	252000501	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDASEPROL	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	8mg/4ML AMP	252000502	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ondansetron/B-BRAUN	Ondansetron hydrochloride	INI.SOL	4mg/2ml	2614403	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ondansetron/B-BRAUN	Ondansetron hydrochloride	INI.SOL	4mg/2ml	275980101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Ondansetron/B. BRAUN	Ondansetron hydrochloride	INI.SOL	8mg/4ml	275980102	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Ondansetron/B. BRAUN	Ondansetron hydrochloride	INI.SOL	8mg/4ml	275980201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDA	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	8MG/4ML AMP	245410101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDA	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	8MG/4ML AMP	245410102	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDA	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	4MG/2ML AMP	245410601	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDA	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	4MG/2ML AMP	245410602	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAMETON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	8MG/4ML	245410602	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDAMETON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE	INI.SOL	8MG/4ML	2546804	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDANSETRON/KABI	ONDANSETRON HYDROCHLORID	INI.SOL	2MG/ML	2546804	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDANSETRON/KABI	ONDANSETRON HYDROCHLORID	INI.SOL	2MG/ML	2713001	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ODNATRON	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	8mg/4ml	255330201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



ODNATRON	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	8mg/4ml	255330.301	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ODNATRON	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	4mg/2ml	255330.302	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ODNATRON	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	4mg/2ml	255330.401	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
OTREDIL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	4mg/2ml	255330.402	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
OTREDIL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	4mg/2ml	267950.101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
OTREDIL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	8mg/4ml	267950.102	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
OTREDIL	Ondansetron Hydrochloride Dihydrate	INI.SOL	8mg/4ml	267950.201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDANSETRON/GENERIC	Ondansetron hydrochloride dihydrate	INI.SOL	2mg/mL	2714702	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ONDANSETRON/GENERIC	Ondansetron hydrochloride dihydrate	INI.SOL	2mg/mL	2714703	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOPHRALEN	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INI.SOL	4MG/2ML AMP	2714703	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOPHRALEN	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INI.SOL	4MG/2ML AMP	256440.101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

ZOPHRALEN	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8MG/4ML AMP	256440102	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOPHRALEN	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8MG/4ML AMP	256440201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
JODOL	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	2mg/ML	256440202	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
JODOL	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	2mg/ML	284630101	A04AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
JODOL	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	2mg/ML	284630102	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
JODOL	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	2mg/ML	284630103	A04AA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DENTRON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	FC.TAB	4MG/TAB	284630201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DENTRON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8mg/4ML VIAL	255620502	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DENTRON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8mg/4ML VIAL	255620401	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DENTRON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8mg/4ML VIAL	255620402	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VEFRON	ONDANSETRON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INJ.SOL	8MG/4ML	251820301	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

VEFRON	ONDANSTERTON HYDROCHLORIDE DIHYDRATE	INI.SOL	4MG/2ML	251820.201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Bioepron	Ondasentron Hydrochloride	INI.SOL	4mg/2ml vial	259270.101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Bioepron	Ondasentron Hydrochloride	INI.SOL	8mg/4ml vial	259270.201	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ODASEN	ONDASETRON	INI.SOL	8MG/4ML.AMP	259270.401	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ODASEN	ONDASETRON	INI.SOL	8MG/4ML.AMP	268940.101	A04AA01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PLAXITIN	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 mg / ml	278700.101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PLAXITIN	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 mg / ml	278700.102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PLAXITIN	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 mg / ml	278700.103	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
OXALIPLATINE/GENERIC	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5mg/ml x 50mg	2773401	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
OXALIPLATINE/GENERIC	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5mg/ml x 100mg	2773401	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
OXALIPROL	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5mg/1ml	2818901	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

Oxaliplatin/ Medicus	Oxaliplatin	CS.SOL.INF	5mg/1ml	282370101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
Oxaliplatin/ Medicus	Oxaliplatin	CS.SOL.INF	5mg/1ml	282370102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272650101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272650102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272650103	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272650104	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5MG/ML	272650201	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5MG/ML	272650202	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/TEVA	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5MG/ML	272650203	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/HOSPIRA	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5mg/1ML	272190101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
OXALIPLATIN/HOSPIRA	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5mg/1ML	272190102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.

OXALIPLATIN/HOSPIRA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272190201	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/HOSPIRA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272190202	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/HOSPIRA	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	272190203	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/DEMO	OXALIPLATIN	INJ.SOL/SOL.INF	5MG/ML (50MG/VIAL)	282430101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
AXOPLAN	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/1ML	287370101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
AXOPLAN	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/1ML	287370102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
REXAP	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	50 mg/VIAL	284600101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
REXAP	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	100 mg/VIAL	284600201	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/GEROLYMATOS	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	50mg/VIAL	285580101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/GEROLYMATOS	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	100mg/VIAL	285580201	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
VERAXATIN	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5MG/ML	279270101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.

VERAXATIN	OXALIPLATIN	PD.SOL.INF	5MG/ML	279270102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/KABI	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	2787701	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
OXALIPLATIN/KABI	OXALIPLATIN	CS.SOL.INF	5MG/ML	2787701	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Oxaliplatin/MEDAC	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 MG/ML	273450101	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Oxaliplatin/MEDAC	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 MG/ML	273450102	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Oxaliplatin/MEDAC	Oxaliplatin	PD.SOL.INF	5 MG/ML	273450103	L01XA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970401	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970402	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970403	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970404	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970405	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

TAXOL	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	210970406	L01CD02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg / ml	263360401	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg / ml	263360402	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg / ml	263360403	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/GENERIC	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg/mL x 5ml	2750101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/GENERIC	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg/mL x 16,7mL	2750101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/GENERIC	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6 mg/mL x 50mL	2750101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CEDOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6mg/ml	293170101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CEDOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6mg/ml	293170102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CEDOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6mg/ml	293170103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
CEDOL	Paclitaxel	CS.SOL.INF	6mg/ml	293170104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

CEDOL	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/ml	293170105	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
CEDOL	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/ml	293170106	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
TAXOPROL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/ML	2636803	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
PATAXEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/ML	263870101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
PATAXEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/ML	263870102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
PATAXEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/ML	263870103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
Biotaxel	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/1ml	253950101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
Biotaxel	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/1ml	253950102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
Biotaxel	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/1ml	253950103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
Biotaxel	Paclitaxel	CS.SOLINF	6mg/1ml	253950104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.
PAXITAL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/ML	277490101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για υσοκομειακή χρήση.



PAXITAL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277490102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXITAL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277490103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXITAL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277490104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXENE PACLITAXEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277400101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXENE PACLITAXEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277400102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXENE PACLITAXEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277400103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PAXENE PACLITAXEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6MG/ML	277400104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6 MG/ML	273780101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6 MG/ML	273780102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6 MG/ML	273780103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL		CS.SOL.INF	6 MG/ML	273780104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780105	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780106	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780107	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780108	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780109	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780110	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780111	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780112	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780113	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780114	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780115	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

PACTEL	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6 MG/ML	273780116	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/HOSPIRA	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/ML	266380101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/HOSPIRA	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/ML	266380102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/HOSPIRA	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/ML	266380103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/HOSPIRA	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/ML	266380104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
XENIUS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/1ML	287850101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
XENIUS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/1ML	287850102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
XENIUS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/1ML	287850103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
XENIUS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6MG/1ML	287850104	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/GEROLYMATOS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/1 ML	283300101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PACLITAXEL/GEROLYMATOS	PACLITAXEL	CS.SOLINF	6mg/1 ML	283300102	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.

PACLITAXELGEROLYMATOS	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6mg/1 ML	283300103	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL/KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL/KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PACLITAXEL KABI	PACLITAXEL	CS.SOL.INF	6MG/ML	2817301	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
ABRAXANE	PACLITAXEL (AS PACLITAXEL ALBUMIN)	PD.SUS.INF	5MG/ML	297840101	L01CD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
KERVANCE	PALIFERMIN	PD.INJ.SOL	6,25MG/VIAL	270680101	V03AF08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PEZILPON	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/Vial	279150101	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.
PEZILPON	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/Vial	279150102	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειασκή χρήση.

PEZILPON	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/vial	279150103	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PEZILPON	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/vial	279150104	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
VERNEG	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/vial	281270101	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
VERNEG	PANTOPRAZOLE (as sodium sesquihydrate)	PD.INJ.SOL	40 mg/vial	281270102	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PANTOSEC	PANTOPRAZOLE SODIUM	PD.INJ.SOL	40 MG/VIAL	2611501	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PANTOSEC	PANTOPRAZOLE SODIUM	PD.INJ.SOL	40 MG/VIAL	2611501	A02BC02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
VERINE	PAPAVERINE HYDROCHLORIDE	INJ.SOL	40MG/ML	207930101	G04BE02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Helporal	Paracetamol	SOL.INF	10mg/ml	271800101	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
Helporal	Paracetamol	SOL.INF	10mg/ml	271800102		3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
ALGOCIT	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	279930101		3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.

PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PARACETAMOL/KABI	PARACETAMOL	SOL.INF	10MG/ML	2897701	N02BE01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ZEMPLAR	PARICALCITOL	INJ.SOL	5 MCG /1ML AMP	2587701	H05BX02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ZEMPLAR	PARICALCITOL	INJ.SOL	10 MCG /1ML AMP	2587702	H05BX02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Macugen	Pegaptanib sodium	Ενέσιμο διάλυμα	0,3 mg/90µl PF.SYR	271900102	S01LA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BARBITAN	PHENOBARBITAL SODIUM	INJ.SOL	200MG2/ML	207910101	N03AA02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

PHENYLEPHRINE HCL/DEMO	PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE	INI.SOL	10MG/ML	229970102	C01CA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PHENYLEPHRINE HCL/DEMO	PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE	INI.SOL	10MG/ML	229970101	C01CA06	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SURVANTA	PHOSPOLIPID FRACTION FROM BOVINE LUGS	ΕΝΑΙΟΡΗΜΑ ΠΙΑ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚ Η ΕΝΣΤΑΛΛΑΞΗ	200MG/8ML	2062301	R07AA30	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
MOZOBIL	PLERIXAFOR	INI.SOL	20MG/ML	2916301	L03AX16	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VOLLULTE	POLY-(0-2 HYDROXYETHYL)-STAR	SOL.INF	6% W/V	2708301	B05AA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HAES-STERIL	POLY-(0-2 HYDROXYETHYL)-STAR	SOL.INF	10%±0.9% (W/V)	2047002	B05AA07	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PHOTOFRIN	PORFIMER SODIUM	PD.INI.SOL	15 MG/ VIAL	239530101	LO1XD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PHOTOFRIN	PORFIMER SODIUM	PD.INI.SOL	75 MG/ VIAL	239530201	LO1XD01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
DIPRIVAN	Propofol	EMU.INI/INF	1% (10mg/ml)	194950101	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol	EMU.INI/INF	1% (10mg/ml)	194950102	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol	EMU.INI/INF	1% (10mg/ml)	194950103	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	1% (10mg/ml)	194950104	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	1% (10mg/ml)	194950105	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	1% (10mg/ml)	194950106	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	2% (20mg/ml)	194950201	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	2% (20mg/ml)	194950202	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
DIPRIVAN	Propofol		EMU.INJ/INF	2% (20mg/ml)	194950203	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PROPOFOL.MCT/LCT/FRESENIUS	PROPOFOL		INJ.EMU/EMU.IN	1% (W/V)	2390403	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PROPOFOL.MCT/LCT/FRESENIUS	PROPOFOL		INJ.EMU/EMU.IN	1% (W/V)	2390403	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PROPOFOL.MCT/LCT/FRESENIUS	PROPOFOL		INJ.EMU/EMU.IN	1% (W/V)	2390403	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PROPOFOL.MCT/LCT/FRESENIUS	PROPOFOL		INJ.EMU/EMU.IN	2% (W/V)	2390404	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Propofol/ALVIA	Propofol		INJ.EMU	1%sw/v (10mg/ml)	264100101	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.



Propofol/ALVIA	Propofol		INJ.EMU	1%w/v (10mg/ml)	264100102	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Propofol/ALVIA	Propofol		INJ.EMU	1%w/v (10mg/ml)	264100103	N01AX10	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
PROTAMINE SULPHATE/LEO PHARMA	PROTAMINE SULPHATE		INJ.SOL	1400 anti-heparin IU	1459202	V03AB14	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ULTIZEN	Remifentanyl		PD.CS.SOL.INF	2MG/VIAL	287540201	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ULTIZEN	Remifentanyl		PD.CS.SOL.INF	5MG/VIAL	232700101	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ULTIVA	Remifentanyl HCl		POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	1MG	232700201	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ULTIVA	Remifentanyl HCl		POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	2MG	232700301	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ULTIVA	Remifentanyl HCl		CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	5MG	2876801	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/GENERIC	Remifentanyl hydrochloride		CS.SOL.INF	1mg/VIAL	2876802	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/GENERIC	Remifentanyl hydrochloride		CS.SOL.INF	2mg/VIAL	2876803	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/GENERIC	Remifentanyl hydrochloride		CS.SOL.INF	5mg/VIAL	286250101	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ') : Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση

REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	1MG/VIAL	286250102	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	1MG/VIAL	286250201	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	2MG/VIAL	286250202	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	2MG/VIAL	286250301	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	5MG/VIAL	286250302	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/ TEVA	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.INI.SOL/S OLINF	3MG/VIAL	2842901	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.SOL.INF	1MG/VIAL	2842901	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.SOL.INF	1MG/VIAL	2842902	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.SOL.INF	2MG/VIAL	2842902	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.SOL.INF	2MG/VIAL	2842903	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE	PD.CS.SOL.INF	5MG/VIAL	2842903	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N 1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση

REMIFENTANIL/KABI	REMIFENTANIL HYDROCHLORIDE PD CS.SOL.INF	5MG/VIAL	228550101	N01AH06	1) Με ειδική ιατρική συνταγή (N.1729/87, Πίνακας Γ'): Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ESMERON	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/1ML	221970405	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ESMERON	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/1ML	221970401	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ESMERON	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/1ML	221970402	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ESMERON	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/1ML	221970404	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Rocuronium/B.BRAUN	Rocuronium bromide	10mg/ml	277730101	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Rocuronium/B.BRAUN	Rocuronium bromide	10mg/ml	277730102	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
Rocuronium/B.BRAUN	Rocuronium bromide	10mg/ml	277730103	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROCURONIUM/KABI	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/ML	2777201	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROCURONIUM/KABI	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/ML	2777201	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROCURONIUM/KABI	ROCURONIUM BROMIDE	10MG/ML	2777201	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

ROCURONIUM/KABI	ROCURONIUM BROMIDE	SOL,INF,ING	10MG/ML	2777201	M03AC09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	2mg/mL	2794001	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	2mg/mL	2794001	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	SOL,INF	2mg/mL	2794002	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	SOL,INF	2mg/mL	2794002	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	7.5mg/mL	2794003	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	7.5mg/mL	2794003	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	10mg/mL	2794004	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/GENERIC	Ropivacaine hydrochloride	INI,SOL	10mg/mL	2794004	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine hydrochloride Mond	INI,SOL	0,2% (2mg/1ml)	230110101	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine hydrochloride Mond	INI,SOL	0,2% (2mg/1ml)	230110102	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.

NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,2% (2mg/1ml)	230110103	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,2% (2mg/1ml)	230110104	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	SOL.INF	0,2% (2mg/1ml)	230110401	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	SOL.INF	0,2% (2mg/1ml)	230110402	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,75% (7,5mg/1ml)	230110201	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,75% (7,5mg/1ml)	230110202	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,75% (7,5mg/1ml)	230110203	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	0,75% (7,5mg/1ml)	230110204	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	1% (10mg/1ml)	230110301	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	1% (10mg/1ml)	230110302	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Monodose	INI.SOL	1% (10mg/1ml)	230110303	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νασοκομειακή χρήση.

NAROPENE	Ropivacaine hydrochloride Mond	INJ.SOL	1% (10mg/1ml)	230110304	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
NAROPENE	Ropivacaine Hydrochloride Mond	INJ.SOL	0,5% (5mg/1ML)	230110501	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	2mg/ml	290050101	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	2mg/ml	290050102	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	5mg/ml	290050201	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	5mg/ml	290050202	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	7,5mg/ml	290050301	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	7,5mg/ml	290050301	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	10mg/ml	290050401	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
Ropivacain HCL/B-BRAUN	Ropivacaine hydrochloride mond	INJ.SOL	10mg/ml	290050401	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560101	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για vasoκομειακή χρήση.

ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560.102	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560.103	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560.104	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560.105	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ROPIVACAINE/TEVA	ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	2MG/ML	285560.106	N01BB09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
SEVORANE	SEVOFLURANE	ΥΓΡΟ ΠΗΧΤΙΚΟ ΠΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ	100% w/w	2252901	N01AB08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SEVOFLURANE / BAXTER	Sevoflurane	INH.VAP.LIQ	1 ml/ml	292000101	N01AB08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SEVOFLURANE / BAXTER	Sevoflurane	INH.VAP.LIQ	1 ml/ml	292000102	N01AB08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Revatio	Sildenafil Citrate	INI. SOL	40MG/50ML VIAL (0.8MG/ML)	270460.201	G04BE03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Revatio	Sildenafil Citrate	INI. SOL	40MG/50ML VIAL (0.8MG/ML)	270460.202	G04BE03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Hospasol 145 mmol/l	Sodium hydrogen carbonat	SOL.INF	NA	257990101-02	B05ZB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Hospasol 167 mmol/l	Sodium hydrogen carbonat	SOL.INF	NA	257390201-02	B05ZB	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SOMAFRINE	SOMATOSTATIN	PS.SOL.INF	3MG/VIAL	269600101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SOMARGEN	Somatostatin	PS.SOL.INF	3MG/VIAL	262470101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
EKLIVAN	SOMATOSTATIN	PD.SOL.INF	3mg/AMP	2448901	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SOMARITIN	SOMATOSTATIN	PS.SOL.INF	3MG/1MLAMP	257930101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
STILAMIN	SOMATOSTATIN ACETATE	PD.INJ.SOL	3MG/AMP	183270201	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
STILAMIN	SOMATOSTATIN ACETATE	PS.SOL.INF	0.25MG/AMP	183270101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Somabion	Somatostatin Acetate	PS.SOL.INF	3mg/vial	244710101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SOMATOSTATIN/EUMEDICA	SOMATOSTATIN ACETATE HYDRATE	PS.INJ.SOL	0.25MG/VIAL	201830101	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
SOMATOSTATIN/EUMEDICA	SOMATOSTATIN ACETATE HYDRATE	PS.INJ.SOL	3MG/VIAL	201830201	H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Sadolin	Somatostatin acetate hydrate	Powder and solvent for solution for infusion	3mg/amp		H01CB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



BRIDION	Sugammadex		INI.SOL	100mg/2ml vial	284760101	V03AB35	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BRIDION	Sugammadex		INI.SOL	100mg/5ml vial	284760102	V03AB35	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
LYCITROPE	Suxamethonium chloride dihydrate		PD.INI.SOL	500MG/VIAL	060090101	M03AB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
LYCITROPE	Suxamethonium chloride dihydrate		PD.INI.SOL	500MG/VIAL	060090102	M03AB01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Adcirca	TADALAFIL		FC.TAB	20mg/TAB	297630105	G04BE08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Adcirca	TADALAFIL		FC.TAB	20mg/TAB	297630106	G04BE08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BEROMUN	Tasonermin		PS.SOL.INF	1mg/VIAL	238900101	L03AX11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FOSCAN	TEMOPORFIN		INI.SOL	14MG/3,5ML (4MG/ML) VIAL	247360101	L01XD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FOSCAN	TEMOPORFIN		INI.SOL	20MG/5,0ML (4MG/ML) VIAL	247360201	L01XD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FOSCAN	TEMOPORFIN		INI.SOL	1MG/1ML VIAL	247360301	L01XD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
FOSCAN	TEMOPORFIN		INI.SOL	3MG/3ML VIAL	247360401	L01XD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

FOSCAN	TEMOPORFIN	INI.SOL	6MG/6ML VIAL	247360501	L01XD05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	5mg/CAP	295060101	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	5mg/CAP	295060102	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	20mg/CAP	295060201	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	20mg/CAP	295060202	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	100mg/CAP	295060301	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	100mg/CAP	295060302	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	140mg/CAP	295060401	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	140mg/CAP	295060402	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	180mg/CAP	295060501	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	180mg/CAP	295060502	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	250mg/CAP	295060601	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE HOSPIRA	TEMOZOLOMIDE	CAP	250mg/CAP	295060602	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	5 MG/CAP	294530101	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	5 MG/CAP	294530102	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	20 MG/CAP	294530201	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	20 MG/CAP	294530202	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	100 MG/CAP	294530301	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	100 MG/CAP	294530302	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	140 MG/CAP	294530401	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	140 MG/CAP	294530402	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	180 MG/CAP	294530501	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Temomedac	Temozolomide	CAP	180 MG/CAP	294530502	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	250 MG/CAP	294530601	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Temomedac	Temozolomide	CAP	250 MG/CAP	294530602	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	5MG/CAP	293830101	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	5MG/CAP	293830102	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	20MG/CAP	293830201	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	20MG/CAP	293830202	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	100MG/CAP	293830301	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	100MG/CAP	293830302	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	140MG/CAP	293830401	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	140MG/CAP	293830402	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	180MG/CAP	293830501	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	180MG/CAP	293830502	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	250MG/CAP	293830601	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEMOZOLOMIDE TEVA	TEMOZOLOMIDE	CAP	250MG/CAP	293830602	L01AX03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Torisel	Temsirrolimus	C.D.I.S.INF	25MG/MIL	281290101	L01X E09	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
METALYSE	Tenecteplase	PS.INI.SOL	10.000 IU (50mg)/vial		B01AD11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
THALIDOMIDE/CELGENE	THALIDOMIDE	CAP	50MG/CAP	285210101	L04AX02	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PENTOTHAL	THIOPENTAL SODIUM	PD.INI.SOL	1g/VIAL	4760202	N01AF03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEPADINA	THIOTEPA	PD.CS.SOL.INF	15mg/vial	296620101	L01AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEPADINA	THIOTEPA	PD.CS.SOL.INF	100mg/vial	296620201	L01AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TEPADINA	THIOTEPA	PD.CS.SOL.INF	100mg/vial	296620201	L01AC01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

AGGRASTAT	TIROFIBAN HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	CS.SOL.INF	0.25MG/ML (0.025%)	243330201	B01AC17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
AGGRASTAT	TIROFIBAN HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	0.05MG/ML (0.005%)	243330102	B01AC17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
AGGRASTAT	TIROFIBAN HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE	SOL.INF	0.05MG/ML (0.005%)	243330103	B01AC17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN/TEVA	TOPOTECAN	CS.SOL.INF	1MG/ML	292230101	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN/TEVA	TOPOTECAN	CS.SOL.INF	1MG/ML	292230102	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN/TEVA	TOPOTECAN	CS.SOL.INF	4MG/4ML	292230201	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN/TEVA	TOPOTECAN	CS.SOL.INF	4MG/4ML	292230202	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HYCAMTIN	Topotecan HCl	CS.SOL.INF	1MG/VIAL	230540202	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HYCAMTIN	Topotecan HCl	CS.SOL.INF	1MG/VIAL	230540201	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HYCAMTIN	Topotecan HCl	CS.SOL.INF	4MG/VIAL	230540103	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HYCAMTIN	Topotecan HCl	CS.SOL.INF	4MG/VIAL	230540101	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

HYCAMTIN	Topotecan HCl	CAP	0.25MG	230540301	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
HYCAMTIN	Topotecan HCl	CAP	1MG	230540401	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN HOSPIRA	TOPOTECAN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	4mg/4ml	295070101	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
TOPOTECAN HOSPIRA	TOPOTECAN HYDROCHLORIDE	CS.SOL.INF	4mg/4ml	295070102	L01XX17	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
YONDELIS	TRABECTEDIN	PD.CS.SOL.INF	0.25 MG/VIAL	281300101	L01CX01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
YONDELIS	TRABECTEDIN	PD.CS.SOL.INF	1MG/VIAL	281300201	L01CX01	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM	SOL.INF	1 MG/ ML	268890101	B01AC21	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM	SOL.INF	2.5 MG/ ML	268890201	B01AC21	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM	SOL.INF	5 MG/ ML	268890301	B01AC21	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM	SOL.INF	10 MG/ ML	268890401	B01AC21	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL	5mg/5ml AMP	209640201	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL	5mg/5ml AMP	209640202	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL/SOLINF 2mg/2ml AMP		209640301	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL/SOLINF 2mg/2ml AMP		209640302	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL	5mg/5ml AMP	209640201	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL	5mg/5ml AMP	209640202	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL/SOLINF 2mg/2ml AMP		209640301	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NAVOBAN	Tropisetron Hydrochloride	INJ.SOL/SOLINF 2mg/2ml AMP		209640302	A04AA03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NORCURON	VECURONIUM BROMIDE	PS.INJ.SOL	4MG/AMP	191320101	M03AC03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NORCURON	VECURONIUM BROMIDE	PS.INJ.SOL	4MG/AMP	191320103	M03AC03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
NORCURON	VECURONIUM BROMIDE	PD.INJ.SOL	10MG/VIAL	191320202	M03AC03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ALNORCON	VECURONIUM BROMIDE	PD.INJ.SOL	10MG/VIAL	290640201	M03AC03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση



ALNORCON	VECURONIUM BROMIDE	PS.INJ.SOL	4MG/1ML VIAL	290640101	M03AC03	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BRINAVESS	Vernakalant HCl	CS.SOL.INF	20mg/ml vial	296160101	C01BG11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
BRINAVESS	Vernakalant HCl	CS.SOL.INF	20mg/ml vial	296160102	C01BG11	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640101	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640102	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640103	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640104	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640105	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640106	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640107	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javlor	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640108	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Javior	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640109	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javior	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640110	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javior	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640111	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Javior	vinflunine ditartrate	CS.SOL.INF	25 mg/ml	291640112	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VORELBIN	Vinorelbine	CS.SOL.INF	10 mg / ml	288850101	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VORELBIN	Vinorelbine	CS.SOL.INF	10 mg / ml	288850102	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Navelbine	vinorelbine ditartrate	INJ.SOL	10 mg/1 ml VIAL	209850101	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Navelbine	vinorelbine ditartrate	INJ.SOL	10 mg/1 ml VIAL	209850102	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Navelbine	vinorelbine ditartrate	INJ.SOL	40 mg/4 ml VIAL	209850301	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Navelbine	vinorelbine ditartrate	INJ.SOL	40 mg/4 ml VIAL	209850302	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
Navelbine	vinorelbine ditartrate	INJ.SOL	50 mg/5 ml VIAL	209850401	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Navelbine	vinorelbine dftartrate	INJ.SOL	50 mg/5 ml VIAL	209850402	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBINE/SPECIFAR	VINORELBINE DITARTRATE	SOL.INF	10MG/ML	2729202	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBINE/SPECIFAR	VINORELBINE DITARTRATE	SOL.INF	50MG/5ML	2729201	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZAO LIN	VINORELBINE DITARTRATE	SOL.INF	10mg/ML	294220101	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZAO LIN	VINORELBINE DITARTRATE	SOL.INF	50mg/5ML	294220201	L01CA05	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160101	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160102	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160103	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160104	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160105	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBIN / EBWE	Vinorelbine tartrate	CS.SOL.INF	10 mg / ml	272160106	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

VINORELBINE/TEVA	VINORELBINE TARTRATE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283920101	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBINE/TEVA	VINORELBINE TARTRATE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283920102	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBINE/TEVA	VINORELBINE TARTRATE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283920103	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
VINORELBINE/TEVA	VINORELBINE TARTRATE	CS.SOL.INF	10MG/ML	283920104	L01CA04	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PRIALT	ZICONOTIDE	SOL.INF	ΔΙΑΛΥΜΑ ΓΙΑ ΕΓΧΥΣΗ 100MCG/ML	283730101	N02BG08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PRIALT	ZICONOTIDE	SOL.INF	ΔΙΑΛΥΜΑ ΓΙΑ ΕΓΧΥΣΗ 100MCG/ML	283730102	N02BG08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PRIALT	ZICONOTIDE	SOL.INF	ΔΙΑΛΥΜΑ ΓΙΑ ΕΓΧΥΣΗ 100MCG/ML	283730103	N02BG08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PRIALT	ZICONOTIDE	SOL.INF	ΔΙΑΛΥΜΑ ΓΙΑ ΕΓΧΥΣΗ 25MCG/ML	283730201	N02BG08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
PEDITRACE	ZINC CHLORIDE,COPPER CHLORIDE	CS.SOL.INF	10 ML	2219001	B05XA31	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETA	Zoledronic Acid	PS.SOL.INF	4mg/VIAL	248150101	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETA	Zoledronic Acid	PS.SOL.INF	4mg/VIAL	248150102	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

ZOMETΑ	Zoledronic Acid	PS.SOLINF	4mg/VIAL	248150103	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150201	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150202	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150203	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	PS.SOLINF	4mg/VIAL	248150101	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	PS.SOLINF	4mg/VIAL	248150102	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	PS.SOLINF	4mg/VIAL	248150103	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150201	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150202	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση
ZOMETΑ	Zoledronic Acid	CS.SOLINF	4mg/5mlVIAL	248150203	M05BA08	3α) Με περιορισμένη ιατρική συνταγή : Μόνο για Νοσοκομειακή Χρήση

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Μαρτίου 2012

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΛΟΒΕΡΔΟΣ





**ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ****ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ****ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΤΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ****Σε έντυπη μορφή:**

- Για τα Φ.Ε.Κ. από 1 έως 16 σελίδες σε 1 € προσαυξανόμενη κατά 0,20 € για κάθε επιπλέον οκτασέλιδο ή μέρος αυτού.
- Για τα φωτοαντίγραφα Φ.Ε.Κ. σε 0,15 € ανά σελίδα.

**Σε μορφή DVD/CD:**

Τεύχος	Ετήσια έκδοση	Τριμηνιαία έκδοση	Μηνιαία έκδοση	Τεύχος	Ετήσια έκδοση	Τριμηνιαία έκδοση	Μηνιαία έκδοση
Α΄	150 €	40 €	15 €	Α.Α.Π.	110 €	30 €	-
Β΄	300 €	80 €	30 €	Ε.Β.Ι.	100 €	-	-
Γ΄	50 €	-	-	Α.Ε.Δ.	5 €	-	-
Υ.Ο.Δ.Δ.	50 €	-	-	Δ.Δ.Σ.	200 €	-	20 €
Δ΄	110 €	30 €	-	Α.Ε.-Ε.Π.Ε.	-	-	100 €

- Η τιμή πώλησης μεμονωμένων Φ.Ε.Κ. σε μορφή cd-rom από εκείνα που διατίθενται σε ψηφιακή μορφή και μέχρι 100 σελίδες, σε 5 € προσαυξανόμενη κατά 1 € ανά 50 σελίδες.

**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.**

Τεύχος	Έντυπη μορφή	Τεύχος	Έντυπη μορφή	Τεύχος	Έντυπη μορφή
Α΄	225 €	Δ΄	160 €	Α.Ε.-Ε.Π.Ε.	2.250 €
Β΄	320 €	Α.Α.Π.	160 €	Δ.Δ.Σ.	225 €
Γ΄	65 €	Ε.Β.Ι.	65 €	Α.Σ.Ε.Π.	70 €
Υ.Ο.Δ.Δ.	65 €	Α.Ε.Δ.	10 €	Ο.Π.Κ.	-

- Το τεύχος Α.Σ.Ε.Π. (έντυπη μορφή) θα αποστέλλεται σε συνδρομητές ταχυδρομικά, με την επιβάρυνση των 70 €, ποσό το οποίο αφορά τα ταχυδρομικά έξοδα.

- Η καταβολή γίνεται σε όλες τις Δημόσιες Οικονομικές Υπηρεσίες (Δ.Ο.Υ.). Το πρωτότυπο διπλότυπο (έγγραφο αριθμ. πρωτ. 9067/28.2.2005 2η Υπηρεσία Επιτρόπου Ελεγκτικού Συνεδρίου) με φροντίδα των ενδιαφερομένων, πρέπει να αποστέλλεται ή να κατατίθεται στο Εθνικό Τυπογραφείο (Καποδιστρίου 34, Τ.Κ. 104 32 Αθήνα).
- Σημειώνεται ότι φωτοαντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές Επιταγές για την εξόφληση της συνδρομής, δεν γίνονται δεκτά και θα επιστρέφονται.
- Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τα μέλη της Ένωσης Ιδιοκτητών Ημερησίου Τύπου Αθηνών και Επαρχίας, οι τηλεοπτικοί και ραδιοφωνικοί σταθμοί, η Ε.Σ.Η.Ε.Α, τα τριτοβάθμια συνδικαλιστικά όργανα και οι τριτοβάθμιες επαγγελματικές ενώσεις δικαιούνται έκπτωσης πενήντα τοις εκατό (50%) επί της ετήσιας συνδρομής.
- Το ποσό υπέρ Τ.Α.Π.Ε.Τ. (5% επί του ποσού συνδρομής), καταβάλλεται ολόκληρο (Κ.Α.Ε. 3512) και υπολογίζεται πριν την έκπτωση.
- Στην Ταχυδρομική συνδρομή του τεύχους Α.Σ.Ε.Π. δεν γίνεται έκπτωση.

Πληροφορίες για δημοσιεύματα που καταχωρίζονται στα Φ.Ε.Κ. στο τηλ.: 210 5279000.

Φωτοαντίγραφα παλαιών Φ.Ε.Κ.: τηλ.: 210 8220885.

Τα φύλλα όλων των τευχών της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως διατίθενται δωρεάν σε ηλεκτρονική μορφή από την ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου ([www.et.gr](http://www.et.gr))

Ηλεκτρονική Διεύθυνση: <http://www.et.gr> - e-mail: [webmaster.et@et.gr](mailto:webmaster.et@et.gr)

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΑΠΟ 08:00 ΜΕΧΡΙ 13:30



\* 0 2 0 0 5 4 3 0 1 0 3 1 2 0 0 9 6 \*

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* ΤΗΛ. 210 52 79 000 \* FAX 210 52 21 004