3ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ:
Γ΄ & Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Δομικών Παθήσεων & Καρδιάς Βαλβιδοπαθειών

11-12
Δεκεμβρίου 2020
ΑΘΗΝΑ

Οργάνωση - Γραμματεία:
TheMASTERMINDGroup
Organizing your success

Πρόγραμμα

MEDICARE
HELLAS S.A.

Blast:com.gr

Δύναμή μας
η Εμπιστοσύνη σας!

Πάνω από 30 χρόνια
δίπλα σας ανταποκρινόμενοι
στις προκλήσεις

Johnson & Johnson MEDICAL DEVICES COMPANIES
CardinalHealth™
Cordis® A Cardinal Health company
ETHICON PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES
Biosense Webster® PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Κάλβου 2 & Παλαιολόγου, 15232 Χαλάνδρι | T: +30 210 6080143 | F: +30 2106003165 | www.medicare-hellas.gr

Χαιρετισμός

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι γεγονός ότι παρά τις δύσκολες ημέρες που διανύουμε η ανάγκη για την εκπαίδευση και την ενημέρωση των ιατρών είναι επιτακτική, γιατί ακόμα και σήμερα βρισκόμαστε στο πλευρό τους και θεραπεύουμε τους καρδιολογικούς ασθενείς.

Το Ινστιτούτο Επεμβατικής Καρδιολογίας και Καρδιαγγειακών Παθήσεων διοργανώνει το **3ο Συνέδριο Δομικών Παθήσεων Καρδιάς και Βαλβιδοπαθειών**, το οποίο θα πραγματοποιηθεί **11-12 Δεκεμβρίου 2020**, διαδικτυακά, σε συνεργασία με τις Γ΄ και Α΄ Καρδιολογικές Κλινικές του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με μεγάλη μας χαρά θα σας καλωσορίσουμε στο 3ο συνέδριο, το οποίο συμπεριλαμβάνει στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις και παρουσιάσεις περιστατικών με στόχο την ενημέρωση των καρδιολόγων σε θέματα αιχμής σε σχέση με την ειδικότητά τους.

Διακεκριμένοι ειδικοί παρουσιάζουν τις τελευταίες εξελίξεις σε όλο το φάσμα της καρδιολογίας, με έμφαση στις δομικές παθήσεις της καρδιάς, συμβάλλοντας ουσιαστικά όχι μόνο στην επιμόρφωση των ιατρών αλλά και στην διαμόρφωση της σύγχρονης κλινικής πρακτικής τακτικής στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Μέσα από το συνέδριο αυτό οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν για ότι πιο σύγχρονο υπάρχει στη χρήση των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των ασθενών με βαλβιδοπάθειες και στεφανιαία νόσο. Παράλληλα θα αποκτήσουν γνώση για τη διαχείριση ασθενών με συνοδά προβλήματα που υποβάλλονται σε διακαθετηριακές επεμβάσεις.

Η παρουσία σας και η ενεργή συμμετοχή σας είναι απαραίτητα στοιχεία για την επιτυχία της επιστημονικής εκδήλωσης.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Εμμανουήλ Βαβουρανάκης

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής
Πρόεδρος Ινστιτούτου Επεμβατικής Καρδιολογίας και Καρδιαγγειακών Παθήσεων

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 11 Δεκεμβρίου 2020

09:30 - 09:45 **ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

09:45 - 11:30 **1η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΕΣ- ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Προεδρείο: **Κ. Αγγέλη, Κ. Παπαδόπουλος**

- Περιεπεμβατική διαχείριση ασθενούς που θα υποβληθεί σε διακαθετηριακή επέμβαση δομικής πάθησης της καρδιάς - **Ε. Κατσιάνος**
- Υπερηχογραφική εκτίμηση στένωσης αορτικής βαλβίδας με χαμηλές κλίσεις πίεσης. Εκτίμηση της λειτουργικότητας της καρδιάς πέραν του κλάσματος εξώθησης - **Ε. Οικονόμου**
- Δυναμική υπερηχογραφία και βαλβιδοπάθεια μιτροειδούς - **Ο. Κατσαρού**
- Πως αξιολογώ στην κλινική πράξη τα δεδομένα από την αξονική τομογραφία για τη διενέργεια διακαθετηριακών επεμβάσεων στην αορτική και τη μιτροειδή βαλβίδα - **Χ. Μουρμουρής**
- Μαγνητική τομογραφία. Πότε τη χρειάζομαι και τι πληροφορίες θέλω στην αντιμετώπιση βαλβιδοπαθειών και δομικών καρδιοπάθειων - **Δ. Κλέττας**
- Καρδιακή αμυλοείδωση και αορτική στένωση - **Γ. Βογιατζή**

Σχολιαστές: **Δ. Μαραγιάννης, Γ. Σαρρή, Ε. Ζαχαριόγλου, Γ. Μακαβός, Α. Ανδρουλάκης, Θ. Παπαϊωάννου, Σ. Μισαηλίδου, Α. Κατσιάνης, Ε. Σινιοράκης, Μ. Δρακοπούλου, Κ. Ζαφείρη**

11:30 - 11:45 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 11 Δεκεμβρίου 2020

11:45 - 13:45 — **2η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Προεδρείο: **Χ. Κωτούλας, Α. Ανδρουλάκης, Β. Βούδρης**

- Δίπτυχες αορτικές βαλβίδες. Έχει ρόλο η TAVI - **Κ. Αζναουρίδης**
- TAVI: Υπάρχουν κριτήρια για επιλογή βαλβίδος - **Κ. Τούτουζας**
- TAVI: Ποια τεχνική εμφύτευσης - **Γ. Λάτσιος**
- TAVI σε χαμηλού ή μέσου κινδύνου ασθενείς: ΗΠΑ / Ελλάδα / Ευρώπη - **Α. Ζαχαρούλης**
- Παραβαλβιδικές διαφυγές μετά από TAVI. Αξιολόγηση, θεραπεία - **Ι. Ιακώβου**
- TAVI σε δυσλειτουργία βιοπροσθετικής βαλβίδας - **Δ. Συρσελούδης**
- Σημαντική στεφανιαία νόσος και TAVI. Πως την αντιμετωπίζουμε, τεχνικές δυσκολίες και στρατηγικές - **Κ. Καλογεράς**
- Δεδομένα και τεχνικές για “Valve in Valve” διακαθετηριακές επεμβάσεις - **Α. Μαγγίνας**

Σχολιαστές: **Φ. Σιγάλα, Μ. Τσαματσούλης, Β. Ζαγκλαβήρα, Δ. Αθανασιάς, Ν. Μπαϊκούσης, Γ. Παττακός, Γ. Σταυρίδης, Π. Δεδεηλίας**

13:45 - 16:00 — **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 11 Δεκεμβρίου 2020

16:00 - 17:30 — **3η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗ - ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Προεδρείο: **Κ. Τσιούφης, Δ. Αλεξόπουλος**

- Αντιαιμοπεταλιακά / αντιπηκτικά σε ασθενή με στεφανιαία νόσο που υποβάλλεται σε χειρουργική αντικατάσταση βαλβίδας - **Α. Κατσαρός**
- Αντιαιμοπεταλιακά / αντιπηκτικά σε ασθενή με στεφανιαία νόσο που υποβάλλεται σε TAVI - **Χ. Ψαθάς**
- Μικρής διάρκειας διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή μετά από PCI. Ποια τα δεδομένα, για ποια stents; - **Σ. Βαϊνά**
- Νεότερα δεδομένα στην αντιθρομβωτική αγωγή ασθενών με κολπική μαρμαρυγή και δομικές καρδιοπάθειες - **Δ. Αθανασιάς**
- Ποιοι βιοδείκτες, είναι λειτουργικοί στην διάγνωση και θεραπεία οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και μυοκαρδιοπαθειών - **Γ. Σιάσος**
- Αλγόριθμοι στην εκτίμηση της σοβαρότητας των βλαβών των στεφανιαίων αγγείων και τεχνική επιλογή (OCT, IVUS, FFR, iFR, CTA) - **Λ. Πουλημένος**

Σχολιαστές: **Α. Μαστροκωστόπουλος, Ι. Μαμαρέλης, Π. Στουγιάννος, Α. Παπανικολάου, Π. Τσινιβίζοβ**

17:30 -20:00 — **4η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ

Προεδρείο: **Ε. Βαβουρανάκης, Π. Νταβλούρος, Σ. Παπαϊωάννου**

- Στένωση ισθμού αορτής - **Ν. Ελευθεράκης**
- Treatment of paravalvular leak in a prosthetic heart valve. Tips and tricks - **G. Smolka**
- Η σημασία της περιεπεμβατικής απεικόνισης στην αντιμετώπιση δομικών παθήσεων της καρδιάς - **Κ. Μολντοβάν**
- Ανοιχτό ωοειδές τρήμα. Η σύγκλειση υπερέχει. Στοιχεία από μακροχρόνια παρακολούθηση - **Ι. Μαμαρέλης**
- Σύγκλειση ωτίου αριστερού κόλπου. Τι παραμέτρους λαμβάνω υπ' όψιν για την επιλογή της κατάλληλης συσκευής - **Α. Τζίκας**
- Μεσοκολπικά - Μεσοκοιλιακά ελλείμματα - **Σ. Λουκοπούλου**
- Μηχανική υποβοήθηση της κυκλοφορίας σε ασθενείς με βαλβιδοπάθεια - **Β. Πανούλας**

Σχολιαστές: **Α. Τζίφα, Μ. Χρυσοχέρης, Δ. Κλέττας, Γ. Κατσιμαγκλής, Γ. Λάζαρος, Α. Παπανικολάου, Κ. Νταλέκου, Ν. Σουβαλιώτης, Ν. Πιλάτης, Κ. Περρέας, Ν. Κούμαλλος**

20:00 - 20:30 — **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 12 Δεκεμβρίου 2020

09:00 - 11:00 — **5η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεδρείο: **Ι. Παρασκευαΐδης, Γ. Φιλιππάτος, Δ. Ηλιόπουλος**

- Υπερηχογραφική εκτίμηση σοβαρού βαθμού ανεπάρκειας μιτροειδούς βαλβίδας - **Λ. Ραλλίδης**
- Υποτροπή ανεπάρκειας της μιτροειδούς μετά τη τοποθέτηση MitraClip . Επιλογές και Τεχνικές - **Κ. Σπάργιας**
- Η εμπειρία των ειδικών μέσα από πραγματικά περιστατικά. Τεχνικές του MitraClip - **Β. Νινιός**
- Διακαθετηριακή αντικατάσταση μιτροειδούς βαλβίδας. Πού βρισκόμαστε - **Ε. Βαβουρανάκης**
- Η άποψη των χειρουργών για εναλλακτικές χειρουργικές μεθόδους της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας - **Β. Λόζος**
- Θωρακοσκοπική επιδιόρθωση μιτροειδούς - **Γ. Παττακός**

Σχολιαστές: **Ε. Οικονόμου, Ο. Κατσαρού, Π. Δεδενλίας, Μ. Αργυρίου, Α. Ζαχαρούλης, Ε. Ζαχαριόγλου, Α. Πάνου**

11:00 - 11:30 — **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

11:30 - 12:00 — **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

12:00 - 13:30 — **6η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΟΜΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Προεδρείο: **Κ. Γκατζούλης, Ι. Σκιαδάς, Δ. Τσιαχρής**

- Θεραπευτικές Επιλογές σε ασθενείς που εμφανίζουν κολπική μαρμαρυγή πριν ή μετα την TAVI - **Δ. Τσιαχρής**
- Καρδιακός επανασυγχρονισμός και διακαθετηριακές επεμβάσεις δομικών παθήσεων. Είναι αναγκαίος; - **Ι. Σκιαδάς**
- Κατάλυση ή απινιδωτές σε ασθενείς με αρρυθμιολογικό κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου σε δομικές παθήσεις της καρδιάς - **Α. Κατσίβας**
- Υποτροπή της κολπικής μαρμαρυγής μετά την απομόνωση των πνευμονικών φλεβών: και τώρα τί; - **Γ. Ανδρικόπουλος**

Σχολιαστές: **Δ. Βραχάτης, Ν. Σουβαλιώτης, Γ. Βογιατζή**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 12 Δεκεμβρίου 2020

13:30 - 14:30 — **7η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΑΘΕΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΩΝ

Προεδρείο: **Σ. Ντουράκης, Α. Κουτσούκου, Κ. Συρίγος**

- Ρευματικά νοσήματα και καρδιαγγειακό σύστημα - **Δ. Μπούμπας**
- Αναιμία σε υπερήλικα με στένωση αορτικής βαλβίδος. Διαγνωστική προσέγγιση - **Σ. Γιαννούλη**
- Ηπατικά νοσήματα και καρδιά - **Ι. Κοσκίνας**
- Πυρετός μετά από TAVI. «Συστηματική φλεγμονώδης αντιδραση» ή Ενδοκαρδίτιδα - **Ε. Σαμπατάκου**

Σχολιαστές: **Ν. Ροβίνα, Γ. Δημόπουλος**

14:30 - 16:30 — **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

16:30 - 17:30 — **8η ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Προεδρείο: **Δ. Τούσουλης, Α. Τρίκας, Ε. Πισιμίσης**

- Καρδιακή Ανεπάρκειας. Πως διαχειρίζομαι την φαρμακευτική αγωγή - **Ι. Παρίσης**
- Υπερτασική κρίση - **Κ. Δημητριάδης**
- Μυοκαρδιοπάθεια από ταχυαρρυθμία - **Ν. Σουβαλιώτης**
- Πνευμονική θρομβοεμβολική νόσος. Θεραπευτικοί αλγόριθμοι - επιλογές - **Π. Μπακάκος**
- Αγγειοπλαστική πνευμονικών αρτηριών - Ελληνική εμπειρία - **Χ. Παππάς**

Σχολιαστές: **Χ. Χρυσοχόου, Η. Σανιδάς, Α. Δρίτσας, Ε. Τριανταφυλλίδη, Α. Φρογουδάκη**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 12 Δεκεμβρίου 2020

17:30 - 18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ε. Βαβουρανάκης**

- Είναι η θεραπεία των δομικών παθήσεων της καρδιάς το μέλλον της επεμβατικής καρδιολογίας; - **Χ. Στεφανάδης**

18:30 - 19:00 **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 11 Δεκεμβρίου 2020

20:00 - 20:30 | **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** | AstraZeneca

Προεδρείο: **Εμμ. Βαβουρανάκης**

- Διαχείριση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων στην καθημερινή κλινική πρακτική - **Η. Σανίδας**

Σάββατο 12 Δεκεμβρίου 2020

11:00 - 11:30 | **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** | Boehringer Ingelheim

Προεδρείο: **Εμμ. Βαβουρανάκης**

- Εμπαγλιφλοζίνη: από το Δτ2 στα δεδομένα της καρδιακής ανεπάρκειας από την μελέτη EMPEROR Reduced - **Γ. Σιάσος**

Προέδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Smolka Grzegorz
Assistant Professor, Medical University of Silesia,3rd Department of Cardiology,Katowice

Αγγέλη Κωνσταντίνα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Αζναουρίδης Κωνσταντίνος
Επιμελητής Α΄, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Αθανασιάς Δημήτριος
Διευθυντής Αιμοδυναμικού Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης, Ευρωκλινική Αθηνών

Αλεξόπουλος Δημήτριος
Καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Ανδρικόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, «Ερρίκος Ντυνάν» Hospital Center

Ανδρουλάκης Αριστείδης
Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Αργυρίου Μιχάλης
Διευθυντής ΕΣΥ Χειρουργικής Θώρακος Καρδιάς Αγγείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Βαβουρανάκης Εμμανουήλ
Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Γ΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Adjunct Professor Ohio State University, USA

Βαϊνά Σοφία
Επιμελήτρια, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Βογιατζή Γεωργία
Επιμελήτρια Καρδιολόγος, Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Βούδρης Βασίλειος
Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικού Τμήματος Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου

Βραχάτης Δημήτριος
Καρδιολόγος, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Γ.Ν.Α. «Αττικόν»

Γιαννούλη Σταυρούλα
Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Αιματολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Γκατζούλης Κωνσταντίνος
Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Δεδεπλίας Παναγιώτης
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής Καρδιάς - Θώρακος - Αγγείων, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Δημητριάδης Κυριάκος
Επιμελητή Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Δημόπουλος Γεώργιος
Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Δρακοπούλου Μαρία
Καρδιολόγος, ΕΔΙΠ, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Δρίτσας Αθανάσιος
Καρδιολόγος, Αναπληρωτής Διευθυντής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Συνθέτης, Μέλος της Διεθνούς Εταιρείας Μουσικής στην Ιατρική (ISMM)

Ελευθεράκης Νικόλαος
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Ζαγκλαβήρα Παρασκευή
Καρδιολόγος - Εντατικολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Ζαχαριόγλου Ευαγγελία
Επιμελήτρια Α΄ Καρδιολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Ζαφείρη Αικατερίνη
Καρδιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια Β΄, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Προέδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Ζαχαρούλης Αχιλλέας
Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Ηλιόπουλος Δημήτριος
Καρδιοχειρουργός, Δ.Θ.Κ.Α. ΥΓΕΙΑ

Ιακώβου Ιωάννης
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Ωνάσειο Καρδιοχειρουγικό Κέντρο

Καλογεράς Κωνσταντίνος
Επιμελητής Καρδιολόγος, Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Κατσαρός Ανδρέας
Καρδιολόγος, Διευθυντής, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κατσαρού Ουρανία
Καρδιολόγος, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κατσιάνης Αντώνης
Επικουρικός Επιμελητής Καρδιολογίας, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Κατσιάνος Ευστράτιος
Ειδικευόμενος Καρδιολόγος

Κατσίβας Απόστολος
Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο Μπενάκειο - Ε.Ε.Σ.»

Κατσιμαγκλής Γεώργιος
Διευθυντής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής και Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Ν.Ν.Α.

Κλέττας Δημήτριος
Επιμελητής Καρδιολογίας, Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κοσκίνας Ιωάννης
Καθηγητής Παθολογίας & Ηπατολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κούμαλλος Νικόλαος
Επιμελητής Α΄ Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Κουτσούκου Αντωνία
Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ., Α΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Κωτούλας Χριστόφορος
Καρδιοχειρουργός, 401 Γ.Σ.Ν.Α. - Metropolitan General Hospital, Προέδρος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργών Θώρακος Καρδίας & Αγγείων

Λάζαρος Γεώργιος
Διευθυντής, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Λάτσιος Γεώργιος
Επιμελητής Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.

Λόζος Βασίλειος
Καρδιοχειρουργός, Α΄ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Λουκοπούλου Σοφία
Παιδίατρος, Νοεγνολόγος, Παιδοκαρδιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

Μαγγίνας Αθανάσιος
Διευθυντής Καρδιολογικού Τμήματος και Τμήματος Επεμβατικής Καρδιολογίας, Mediterraneo Hospital

Μακαβός Γεώργιος
Καρδιολόγος, Επιμελητής Γ΄ Πανεπιστημικαή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Μαμαρέλης Ιωάννης
Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, 401 Γ.Σ.Ν.Α.

Μαραγιάννης Δημήτριος
Ειδικός Καρδιολόγος, 401 Γ.Σ.Ν.Α.

Μαστροκωστόπουλος Αντώνιος
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ν.Ν.Α.

Μισαηλίδου Σοφία
Καρδιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια Β΄, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Μολντοβάν Κάρμεν
Καρδιολόγος, Slagelse University Hospital, Denmark

Μουρμουρής Χρήστος
Ακτινολόγος, Συνεργάτης Τμήματος Αξονικού - Μαγνητικού Τομογράφου & Οστεοπόρωσης, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»

Προέδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Μπαϊκούσης Νικόλαος
Καρδιοχειρουργός, Επιμελητής Α΄, Καρδιοχειρουργική Κλινική. Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Μπακάκος Πέτρος
Πνευμονολόγος, Αναπλ. Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Α΄ Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Μπούμπας Δημήτριος
Παθολόγος - Ρευματολόγος, Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Δ΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Νινιός Βλάσσης
Επεμβατικός Καρδιολόγος MRCP, Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Νταβλούρος Περικλής
Καθηγητής Παθολογίας - Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Πατρών, Διευθυντής Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Πατρών

Νταλέκου Κωνσταντίνα
Ειδικευόμενη Παθολογίας, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά

Ντουράκης Σπυρίδων
Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Εργαστήριου Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Οικονόμου Ευάγγελος
Επιμελητής, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Πάνου Αριστοτέλης
Διευθυντής Γ΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Δ.Θ.Κ.Α. «ΥΓΕΙΑ»

Πανούλας Βασίλειος
Επεμβατικός Καρδιολόγος (Consultant), Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust, London UK, Honorary Senior Lecturer at Imperial College London

Παπαδόπουλος Κωνσταντίνος
Επιμελητής Α΄, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»

Παπαϊωάννου Θεόδωρος
Καθηγητής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Ψηφιακής Ιατρικής

Παπαϊωάννου Σπυρίδων
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Α.Π.Θ., Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής Ν.Ν.Α.

Παπανικολάου Άγγελος
Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Παππάς Χρήστος
Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Παρασκευαΐδης Ιωάννης
Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα»

Παρίσης Ιωάννης
Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Παττακός Γρηγόριος
Καρδιοχειρουργός, Θεραπευτήριο «ΥΓΕΙΑ»

Περρέας Κωνσταντίνος
Διευθυντής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Πιλάτης Νεκτάριος
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Αιμοδυναμικού Τμήματος, Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Metropolitan General»

Πισιμίσης Ευάγγελος
Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Πουλημένος Λεωνίδας
Επιμελητής Α΄, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Ραλλίδης Λουκιανός
Καθηγητής Καρδιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Προέδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Ροβίνα Νικολέτα
Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ε.Κ.Π.Α.

Σαμπατάκου Ελένη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών & Υπεύθυνη ΜΕΛ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Σανιδάς Ηλίας
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σαρρή Γεωργία
Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Σιάσος Γεράσιμος
Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Γ΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Αναπλ. Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Σιγάλα Φραγκίσκα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αγγειοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Σινιοράκης Ευτύχιος
Διευθυντής, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σκιαδάς Ιωάννης
Καρδιολόγος - Ηλεκτοφυσιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Γ΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α.

Σουβαλιώτης Νεκτάριος
Καρδιολόγος - Ηλεκτροφυσιολόγος, 3η Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

Σπάργιας Κωνσταντίνος
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Διαδερμικών Βαλβίδων, Νοσοκομείο «Υγεία»

Σταυρίδης Γεώργιος
MD, FETCS, Καρδιοχειρουργό, Συντονιστής Καρδιοχειρουργικού Τομέα, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Στεφανάδης Χριστόδουλος
Επίτιμος Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Τμήματος Athens Heart Center, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Στουγιάννος Παύλος
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Συρίγος Κωνσταντίνος
Καθηγητής Παθολογίας και Ογκολογίας Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής, Γ.Ν.Ν.ΘΑ. «Η Σωτηρία», Adj. Professor of Medicine, Pittsburgh School of Medicine, USA, Vis. Professor of Thoracic Oncology, Yale School of Medicine, USA

Συρσελούδης Δημήτριος
Επιμελητής Α΄, Καρδιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Τζίκας Απόστολος
MD, PhD, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Τζίφα Αφροδίτη
Παιδοκαρδιολόγος & Καρδιολόγος Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων, Διευθύντρια Κλινικής Παιδοκαρδιολογίας & Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων Νοσοκομείου «ΜΗΤΕΡΑ», Όμιλος «ΥΓΕΙΑ»

Τούσουλης Δημήτριος
ΑντιΠρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Τούτουζας Κωνσταντίνος
Καθηγητής Καρδιολογίας, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Τριανταφυλλίδη Ελένη
Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογίας, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Τρίκας Αθανάσιος
Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς», Αναπληρωτής Καθηγητής Ε.Κ.Π.Α.

Προέδροι - Ομιλητές - Σχολιαστές

Τσαματσούλης Μιχάλης
Καρδιοχειρουργός, Επικουρικός Ιατρός,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Τσιαχρής Δημήτριος
Διευθυντής Εργαστηρίου Ηλεκτροφυσιολογίας
και Βηματοδότησης, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Τσινιβίζοβ Παύλος
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄,
Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Τσιούφης Κωνσταντίνος
Καθηγητής Καρδιολογίας, Διευθυντής
Α΄ Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής
Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»

Φιλιππάτος Γεράσιμος
Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Φρογουδάκη Αλεξάνδρα
Διευθύντρια Καρδιολογίας ΕΣΥ,
Ιατρείο Συγγενών Καρδιοπαθειών Ενηλίκων,
Β΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

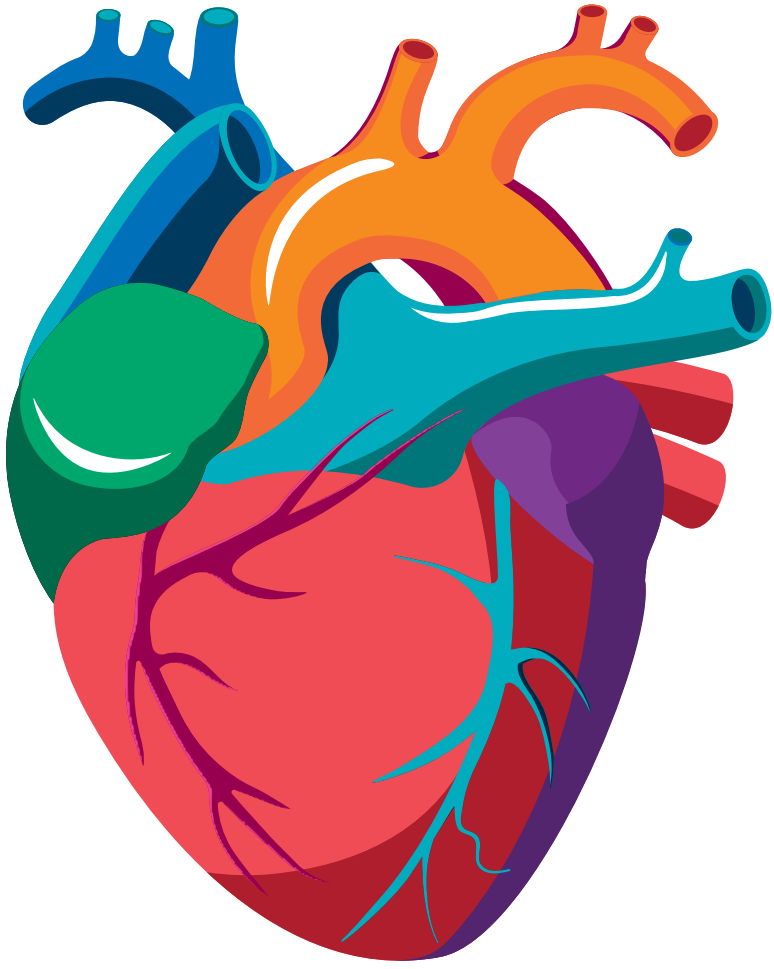
Χρυσοχέρης Μιχαήλ
Καρδιολόγος, Επιμελητής, Τμήμα Διαδερμικών
Βαλβίδων, Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ»

Χρυσοχόου Χριστίνα
Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική,
Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο»

Ψαθάς Χρυσοβαλάντης
Επεμβατικός Καρδιολόγος, Καρδιολογικό
Τμήμα & Τμήμα Επεμβατικής Καρδιολογίας,
Mediterraneo Hospital

Η Roche Diagnostics στην υπηρεσία της Καρδιολογίας

Πρωτοπορία στη διάγνωση, βοήθεια στη λήψη ιατρικών αποφάσεων, παρακολούθηση της θεραπείας



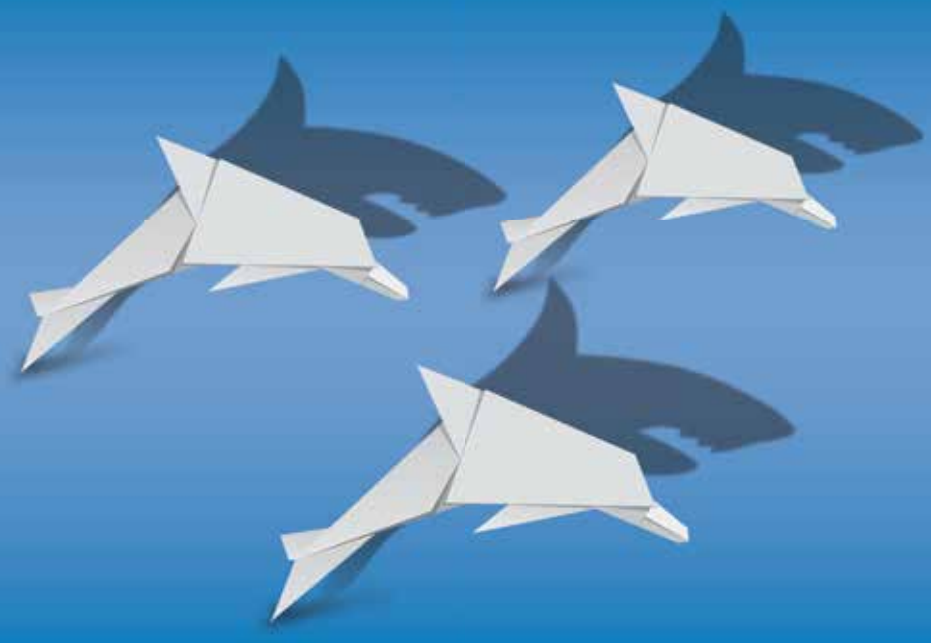
Roche Diagnostics (Hellas) A.E.
Αμαρουσίου - Χαλανδρίου 18-20, 151 25 Μαρούσι
Τηλ: 210 8174000, Fax: 210 8174047

ak 2009/2007

Valsimia® HCT

αμλοδιπίνη/βαλσαρτάνη/υδροχλωροθειαζίδη

VLSHCT/EAM/11-2020/03



ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Λιανική Τιμή
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (5+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	11,74€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+12.5)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,34€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+160+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	14,56€
VALSIMIA HCT F.C.TAB (10+320+25)MG/TAB BTx30 δισκία σε BLISTERS (PVC/PVDC/Aluminium)	23,38€

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ, σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

Γενικές Πληροφορίες

Στο «3ο Συνέδριο Δομικών Παθήσεων Καρδιάς και Βαλβιδοπαθειών» κύριο μέλημα μας είναι η απαρέγκλιτη τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής και των μέτρων για την διασφάλιση της υγείας τόσο των εργαζομένων στους συνεδριακούς χώρους, των συναδέλφων μας, όσο και της δημόσιας υγείας γενικότερα.

Σας ενημερώνουμε ότι έχουν παρθεί όλα τα προληπτικά μέτρα ασφαλείας μη μετάδοσης της Covid-19 που έχουμε λάβει μέχρι σήμερα από την Πολιτεία, λαμβάνοντας υπόψη τις επίσημες οδηγίες και συστάσεις που έχουν δοθεί από το Υπουργείο Υγείας και τον ΕΟΔΥ.

Ημερομηνίες Διεξαγωγής

Παρασκευή 11 Δεκεμβρίου και Σάββατο 12 Δεκεμβρίου 2020.

Έκθεση

Θα υπάρχει ψηφιακή έκθεση κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου με εταιρίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της Υγείας.

Γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα είναι η Ελληνική.

Μοριοδότηση

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος θα χορηγήσει με **14 Μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης σύμφωνα με τα κριτήρια της EACCME - UEMS στους ιατρούς που θα παρακολουθήσουν το Συνέδριο.

Εγγραφές

Το Δικαίωμα Συμμετοχής είναι **ΔΩΡΕΑΝ**.

- Διαδικτυακή παρουσία συνέδρων και μόνο.
- Απαραίτητη προϋπόθεση για την εγγραφή στο Συνέδριο είναι η υποβολή της Φόρμας Εγγραφής την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου.
- Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα λάβουν την ηλεκτρονική κονκάρδα (e-badge) στο email που καταχωρούν κατά την εγγραφή τους, η οποία θα περιλαμβάνει το προσωπικό bar-code για κατά την είσοδό τους στη διαδικτυακή παρακολούθηση (live streaming) και το Τελικό Πρόγραμμα του Συνεδρίου σε ηλεκτρονική μορφή (e-Program) μέσω ενός QR code.

Παρακολούθηση μέσω διαδικτύου

- Το Συνέδριο θα αναμεταδοθεί ζωντανά μέσω της ιστοσελίδας www.tmg.gr.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συμπλήρωση του email που έχετε υποβάλλει στην φόρμα εγγραφής σας καθώς και του προσωπικού σας barcode (περιλαμβάνεται στο e-badge).
- Η διαδραστικότητα θα επιτευχθεί μέσω της on-line φόρμας υποβολής σχολίων, η οποία θα είναι διαθέσιμη καθ΄ όλη τη διάρκεια της εκδήλωσης, έτσι ώστε να υποβάλλεται τα ερωτήματα σας στους ομιλητές.

Γενικές Πληροφορίες

Πληροφορίες

- Οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι θα παραλάβουν ηλεκτρονικά Πιστοποιητικό Παρακολούθησης (e-Certificate), στην ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που έχουν δηλώσει στο Δελτίο Συμμετοχής τους.
- Χορηγούνται 14 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.
- Ο χρόνος παρακολούθησης θα καταγράφεται από τη στιγμή της εισόδου της on-line παρακολούθησης στην πλατφόρμα μετάδοσης.
- Το προσωπικό του ομίλου εταιριών The Mastermind Group έχει εκπαιδευτεί και πιστοποιηθεί για την προφύλαξη και μέτρα πρόληψης από τον SARS-CoV-2 για τον Συνεδριακό Τουρισμό, Εστίαση, Τουριστικά Καταλύματα, Τουριστικά Γραφεία.

Διοργάνωση

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Σε συνεργασία με:

Γ΄ & Α΄ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Οργάνωση

The MASTERMIND Group
Organizing your success

Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι | Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690 - 1, Fax: 210 6827409 | E-mail: dpanakoulia@tmg.gr, Web site: www.tmg.gr

Resolute Onyx™ DES

NOW CE MARKED FOR 1-MONTH DAPT IN HIGH BLEEDING RISK PATIENTS

Addressing the unmet high bleeding risk (HBR) patient need

Up to **40%** of PCI patients are at high bleeding risk[1]

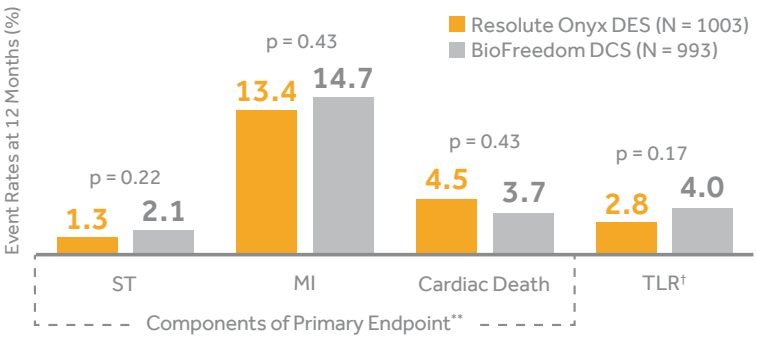
LIMITED EVIDENCE
HBR patients have historically been excluded from stent and drug trials[2]

COMPLEX
HBR patients appear to have complex disease more often than all-comer patients[3]

~3X
Greater risk of bleeding events for HBR patients on extended DAPT regimen[4]

Resolute Onyx DES was safe and effective in highly complex HBR patients on 1-month DAPT[5,6]
Onyx ONE Global Study

PRIMARY ENDPOINT MET WITH RESOLUTE ONYX DES (17.1%) NONINFERIOR TO BIOFREEDOM™* DCS (16.9%)[5]



CE MARK based on results from the study, the first prospective, randomised, 1-month DAPT trial comparing a DES to a DES in HBR patients.

Highly complex HBR patient population
Resolute Onyx DES arm (N = 1003)

NO VESSEL OR LESION LIMITATIONS			REAL-WORLD PATIENTS			BROADEST HBR INCLUSION CRITERIA††7	
B2/C LESIONS	AVERAGE STENTED LENGTH	MOD/SEV CALCIFIED LESIONS	ACS	AF	DIABETES	HBR CRITERIA PER PATIENT	PATIENTS HAVING TWO OR MORE HBR CRITERIA
80%	38 mm	46%	53%	33%	39%	1.6	46%

PART OF THE ONYX ONE MONTH DAPT PROGRAM
The most robust clinical program studying **2700***** highly complex HBR patients with 1-month DAPT.

Medtronic

Lipocomb®

Rosuvastatin + Ezetimibe

Γρήγορα και άνετα

Η Π.Χ.Π. του προϊόντος βρίσκεται στο παρόν έντυπο

Lipocomb 10mg/10mg: Λ.Τ. 26,77€
Lipocomb 10mg/10mg: Λ.Τ. 29,45€

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Keresztúri út 30-38, Ουγγαρία

Τοπικός αντιπρόσωπος και διανομέας:
Servier Hellas, Φραγκοκλησιάς 7 - 15125 Μαρούσι, Τηλ. 210 93 91 000

SERVIER
www.servier.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ τα Φάρμακα**
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

20-LIP-C1-09H

Ευχαριστίες

Οι Πρόεδροι και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής ευχαριστούν θερμώς

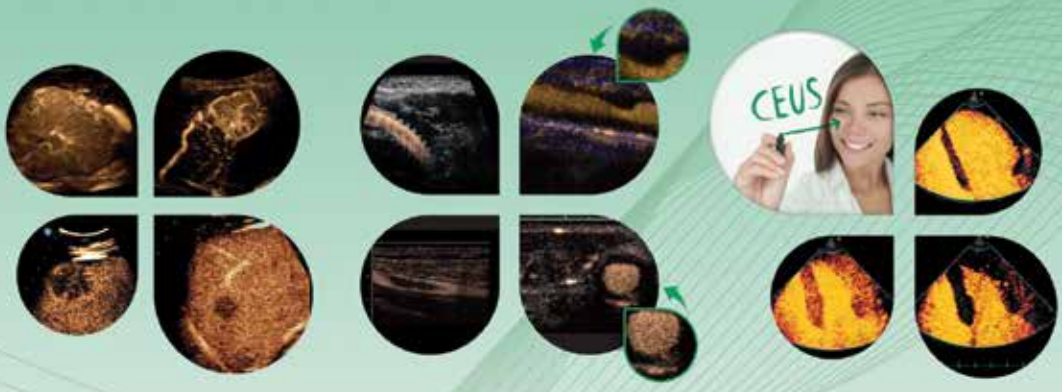
Abbott
AstraZeneca
Bayer
Boehringer Ingelheim
Boston Scientific
ELPEN
GE Healthcare
Leriva Pharma
MEDICARE HELLAS S.A.
Medtronic
Menarini Hellas
Pfizer
PHILIPS
Roche
SERVIER
UNI-PHARMA Pharmaceutical Laboratories S.A.
WinMedica Serving Health for Life
BIANEΞ A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Η κάλυψη οπτικοακουστικού εξοπλισμού, τεχνικής & ψηφιακής υποστήριξης είναι με την ευγενική χορηγία της εταιρίας

ELPEN

SONOVue®
sulphur hexafluoride

Experience Real Time Diagnosis
with Contrast Enhanced Ultrasound



CEUS in **Liver Imaging**

- To characterize focal liver lesions
- A free radiation technique
- No nephrotoxicity

CEUS in **Vascular Imaging**

To increase the accuracy in detection or exclusionof abnormalities in cerebral, extracranialand peripheral arteries

CEUS in **Cardiac Imaging**

- Improves the endocardial border delineation
- Improves the assessment of cardiac wall motion

SonoVue® approved for detection **of vesicoureteral reflux**

BRACCO
LIFE FROM INSIDE

Committed **to Science,**
Committed **to You.**™

Leriva Pharma

Λ. Πηγής 33 & Αναπήρων Πολέμου 6, 151 27 Μελίσσια, Αθήνα
Τ. 210 6199886 - www.leriva.com

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: • Lipocomb 10 mg/10 mg σκληρά καψάκια • Lipocomb 20 mg/10 mg σκληρά καψάκια **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** • Lipocomb 10 mg/10 mg σκληρά καψάκια. Κάθε καψάκιο περιέχει 10 mg ροσουβαστατίνης (ψευδαργυρικής) και 10 mg εζετιμίμπης. • Lipocomb 20 mg/10 mg σκληρά καψάκια. Κάθε καψάκιο περιέχει 20 mg ροσουβαστατίνης (ψευδαργυρικής) και 10 mg εζετιμίμπης. **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το Lipocomb ενδείκνυται ως συμπλήρωμα της δίαιτας για την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς υπερχοληστερολαιμίας ως θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικες ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς με τις επιμέρους ουσίες χορηγούμενες ταυτόχρονα στο ίδιο επίπεδο δόσης όπως ο σταθερός συνδυασμός δόσεων, αλλά ως χωριστά προϊόντα. **Αντενδείξεις:** Το Lipocomb αντενδείκνυται: • σε ασθενείς με υπερευαισθησία στις δραστικές ουσίες (ροσουβαστατίνη, εζετιμίμπη) ή σε κάποιο από τα έκδοχα. • σε ασθενείς με ενεργό ηπατική νόσο, που συμπεριλαμβάνει ανεξήγητες, εμμένουσες αυξήσεις των τρανσαμινασών ορού και κάθε αύξηση των τρανσαμινασών ορού που υπερβαίνει κατά 3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο (ULN). • στη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού και στις γυναίκες με αναπαραγωγική ικανότητα που δεν χρησιμοποιούν τα κατάλληλα αντισυλληπτικά μέτρα. • σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης: 30 ml/min). • σε ασθενείς με μυοπάθεια. • σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονη αγωγή με κυκλοσπορίνη. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Επιδράσεις στους σκελετικούς μύες: Εάν υπάρχει υποψία μυοπάθειας βάσει μυϊκών συμπτωμάτων ή εάν επιβεβαιώνεται από το επίπεδο της κρεατινικής κινάσης, η εζετιμίμπη, κάθε στατίνη και κάθε ένας εκ των παραγόντων που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ραβδομυόλυσης, τους οποίους ο ασθενής λαμβάνει ταυτοχρόνως, θα πρέπει να διακοπούν αμέσως. Όλοι οι ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία θα πρέπει να λάβουν οδηγία να αναφέρουν εγκαίρως κάθε ανεξήγητο μυϊκό πόνο, ευαισθησία ή αδυναμία. *Μέτρηση κρεατινικής κινάσης: Εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα κατά την έναρξη (>5xULN) θα πρέπει να διενεργηθεί εξέταση επιβεβαίωσης εντός 5 7 ημερών. Εάν η επαναληπτική εξέταση επιβεβαιώσει αρχική CK≤5xULN, δεν θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία. Πριν από τη θεραπεία.* Το Lipocomb, όπως και οι λοιποί αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης, θα πρέπει να συνταγογραφείται με προσοχή σε ασθενείς με προδιαθεσιακούς παράγοντες για μυοπάθεια/ραβδομυόλυση. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν: • νεφρική δυσλειτουργία • υποθυρεοειδισμό • προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό κληρονομικών μυϊκών διαταραχών • προηγούμενο ιστορικό μυϊκής τοξικότητας με άλλον αναστολέα της HMG CoA αναγωγάσης ή φιμπράτη • κατάχρηση οινοπνεύματος • ηλικία >70 ετών • καταστάσεις όπου ενδέχεται να επέλθει αύξηση στα επίπεδα στο πλάσμα • συγχορήγηση φιμπρατών. Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να εξετασθεί ο κίνδυνος της θεραπείας σε σχέση με το πιθανό όφελος και συστήνεται κλινική παρακολούθηση. Εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα κατά την έναρξη (>5xULN) δεν θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία. *Στη διάρκεια της θεραπείας:* • Θα πρέπει να ζητείται από τους ασθενείς να αναφέρουν ανεξήγητους μυϊκούς πόνους, αδυναμία ή κράμπες αμέσως, ιδίως εάν σχετίζονται με αδιαθεσία ή πυρετό. Τα επίπεδα της CK θα πρέπει να μετρώνται σε αυτούς τους ασθενείς. Η θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται εάν τα επίπεδα της CK είναι σημαντικά αυξημένα (>5xULN) ή εάν τα μυϊκά συμπτώματα είναι σοβαρά και προκαλούν καθημερινή δυσφορία (ακόμη και εάν τα επίπεδα της CK είναι ≤5xULN). Η γεμφιβροζίλη αυξάνει τον κίνδυνο μυοπάθειας όταν χορηγείται ταυτόχρονα με ορισμένους αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης. Συνεπώς, ο συνδυασμός του Lipocomb και της γεμφιβροζίλης δεν συνιστάται. Το όφελος περαιτέρω μεταβολών στα επίπεδα των λιπιδίων από τη συνδυασμένη χρήση του Lipocomb με τις φιμπράτες ή τη νιασίνη θα πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά έναντι των πιθανών κινδύνων αυτών των συνδυασμών. • Το Lipocomb δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε οιονδήποτε ασθενή με οξεία, σοβαρή πάθηση που καταδεικνύει μυοπάθεια ή προδιαθέτει για την εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας δευτεροπαθούς σε ραβδομυόλυση (π.χ. σήψη, υπόταση, μείζονα χειρουργική επέμβαση, τραυματισμό, σοβαρές μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές, διαταραχές ηλεκτρολυτών ή μη ελεγχόμενες κρίσεις). Φουσιδικό οξύ: • Το Lipocomb δεν πρέπει να συγχορηγείται με συστημικά σκευάσματα φουσιδικού οξέος ή να χορηγείται εντός 7 ημερών από τη διακοπή της θεραπείας με φουσιδικό οξύ. Σε ασθενείς όπου η χρήση συστημικού φουσιδικού οξέος κρίνεται απαραίτητη, η θεραπεία με στατίνες θα πρέπει να διακόπτεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας με φουσιδικό οξύ. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ραβδομυόλυσης (ορισμένες από τις οποίες οδήγησαν σε θάνατο) σε ασθενείς που λάμβαναν φουσιδικό οξύ σε συνδυασμό με στατίνες. Θα πρέπει να δίνονται οδηγίες στους ασθενείς ώστε αυτοί να αναζητούν αμέσως ιατρική συμβουλή εάν εμφανίσουν συμπτώματα μυϊκής αδυναμίας, πόνου ή ευαισθησίας. • Η θεραπεία με στατίνες μπορεί να επαναληφθεί επτά ημέρες μετά την τελευταία δόση του φουσιδικού οξέος. • Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες απαιτείται παρατεταμένη συστηματική αγωγή με φουσιδικό οξύ (π.χ. για τη θεραπεία λοιμώξεων βαριάς μορφής), το ενδεχόμενο συγχορήγησης Lipocomb και φουσιδικού οξέος θα πρέπει να εξετάζεται μόνο κατά περίπτωση και υπό στενή ιατρική παρακολούθηση. Επιδράσεις στο ήπαρ: • Έχουν παρατηρηθεί διαδοχικές αυξήσεις τρανσαμινασών (≥3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο [ULN]). • Συστήνεται να διενεργούνται εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας με ροσουβαστατίνη. Η ροσουβαστατίνη θα πρέπει να διακοπεί ή να μειωθεί η δόση εάν το επίπεδο των τρανσαμινασών στον ορό είναι μεγαλύτερο από 3 φορές το ανώτατο φυσιολογικό όριο. • Σε ασθενείς με δευτεροπαθή υπερχοληστερολαιμία που προκαλείται από υποθυρεοειδισμό ή νεφρωσικό σύνδρομο, θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η υποκείμενη νόσος πριν από την έναρξη της θεραπείας με Lipocomb.• Λόγω των άγνωστων επιδράσεων της αυξημένης έκθεσης στην εζετιμίμπη σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια, δεν συνιστάται το Lipocomb. Επιδράσεις στους νεφρούς: Πρωτεϊνουρία, που ανιχνεύεται μέσω εξέτασης με dipstick και κυρίως σωληναριακής προέλευσης, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με υψηλότερες δόσεις ροσουβαστατίνης, ιδίως 40 mg, όπου ήταν παροδική ή διαλείπουσα στις περισσότερες περιπτώσεις. Η πρωτεϊνουρία δεν έχει καταδειχθεί ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα οξείας ή επιδεινούμενης νεφρικής νόσου. Φυλή: Μελέτες φαρμακοκινητικής της ροσουβαστατίνης υποδεικνύουν αύξηση της έκθεσης σε ασθενείς με ασιατική προέλευση σε σύγκριση με ασθενείς καυκάσιας προέλευσης. Αναστολείς πρωτεάσης: Θα πρέπει να εξετάζεται το όφελος στη μείωση των λιπιδίων από τη χρήση του Lipocomb σε ασθενείς με HIV που λαμβάνουν αναστολείς πρωτεάσης και η πιθανότητα για αυξημένες συγκεντρώσεις ροσουβαστατίνης στο πλάσμα κατά την έναρξη και αύξηση της δόσης της ροσουβαστατίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με αναστολείς πρωτεάσης. Η ταυτόχρονη χρήση με αναστολείς ορισμένης πρωτεάσης δεν συστήνεται εκτός και εάν προσαρμοσθεί η δόση του Lipocomb. Διάμεση πνευμονοπάθεια: Εάν υπάρχει υποψία διάμεσης πνευμονοπάθειας σε κάποιον ασθενή, η θεραπεία με στατίνες θα πρέπει να διακοπεί. Σακχαρώδης διαβήτης: Οι ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο (γλυκόζη νηστείας 5,6 έως 6,9 mmol/L, BMI>30 kg/m^2, αυξημένα τριγλυκερίδια, υπέρταση) θα πρέπει να παρακολουθούνται τόσο κλινικά όσο και βιοχημικά σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες. Φιμπράτες: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της εζετιμίμπης σε συγχορήγηση με φιμπράτες δεν έχει τεκμηριωθεί. Αντιπηκτικά: Εάν το Lipocomb προστεθεί στη βαρφαρίνη, άλλο κουμαρινικό αντιπηκτικό ή στη φλουινδιόνη, το Διεθνές Κανονικοποιημένο Πηλίκο (INR) θα πρέπει να παρακολουθείται καταλλήλως. Κυκλοσπορίνη: Παιδιατρικός πληθυσμός: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Lipocomb σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν ακόμα τεκμηριωθεί, συνεπώς η χρήση του δεν συστήνεται για αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Ηπατική νόσος και αλκοόλ: Το Lipocomb θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς που καταναλώνουν υπερβολικές ποσότητες οινοπνεύματος ή/και έχουν ιστορικό ηπατικής νόσου. **Κύηση και γαλουχία:** Το Lipocomb αντενδείκνυται στη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης:** *Αντενδείξεις*: Κυκλοσπορίνη. *Μη συνιστώμενοι συνδυασμοί*: Αναστολείς πρωτεάσης, αναστολείς μεταφορικής πρωτεΐνης, γεμφιβροζίλη και άλλα προϊόντα μείωσης λιπιδίων, σε ασθενείς που λαμβάνουν φενοφιμπράτη και εζετιμίμπη, οι ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τον πιθανό κίνδυνο χολολιθίασης και πάθησης στη χολή, φουσιδικό οξύ. Λοιπές αλληλεπιδράσεις: Αντιόξινα, ερυθρομυκίνη, ένζυμα κυτοχρώματος P450, ανταγωνιστές βιταμίνης Κ, από του στόματος αντισυλληπτικά/θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT), χολεστυραμίνη, στατίνες, λοιπά φαρμακευτικά προϊόντα. **Αλληλεπιδράσεις που απαιτούν προσαρμογή της δόσης της ροσουβαστατίνης:** Όταν είναι απαραίτητο να συγχορηγηθεί ροσουβαστατίνη με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα που είναι γνωστό ότι αυξάνουν την έκθεση στη ροσουβαστατίνη, θα πρέπει να γίνεται προσαρμογή δόσεων. **Κύηση και γαλουχία:** Το Lipocomb αντενδείκνυται στη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. **Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών:** Το Lipocomb δεν έχει καμία ή έχει ασήμαντη επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών. Ωστόσο, κατά την οδήγηση οχημάτων και τον χειρισμό μηχανών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι μπορεί να επέλθει ζάλη στη διάρκεια της θεραπείας. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Περίληψη του προφίλ ασφαλείας: • Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις που παρατηρήθηκαν με ροσουβαστατίνη είναι συνήθως ήπιες και παροδικές. Σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, λιγότερο από το 4% των ασθενών που έλαβε θεραπεία με ροσουβαστατίνη αποσύρθηκαν λόγω ανεπιθύμητων αντιδράσεων. • Σε κλινικές μελέτες διάρκειας έως 112 εβδομάδες, χορηγήθηκε εζετιμίμπη 10 mg ημερησίως μόνη της σε 2396 ασθενείς ή μαζί με στατίνη σε 11.308 ασθενείς ή μαζί με φενοφιμπράτη σε 185 ασθενείς. Οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις ήταν συνήθως ήπιες και παροδικές. Η συνολική επίπτωση των παρενεργειών ήταν παρόμοια στην εζετιμίμπη και στο εικονικό φάρμακο. Παρομοίως, το ποσοστό διακοπής λόγω ανεπιθύμητων εμπειριών ήταν συγκρίσιμο στην εζετιμίμπη και στο εικονικό φάρμακο. • Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα 1200 ασθενείς έλαβαν συνδυασμό ροσουβαστατίνης και εζετιμίμπης σε κλινικές μελέτες. Όπως αναφέρεται στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, οι συχνότερες κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία με συνδυασμό ροσουβαστατίνης εζετιμίμπης σε ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία είναι οι αυξημένες ηπατικές τρανσαμινάσες, τα γαστρεντερικά προβλήματα και ο μυϊκός πόνος. Αυτές είναι γνωστές ως ανεπιθύμητες ενέργειες των δραστικών ουσιών. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί φαρμακοδυναμική αλληλεπίδραση, όσον αφορά στις ανεπιθύμητες ενέργειες, μεταξύ της ροσουβαστατίνης και της εζετιμίμπης .

Περιληπτικός πίνακας ανεπιθύμητων αντιδράσεων: Οι συχνότητες των ανεπιθύμητων αντιδράσεων κατατάσσονται ως ακολούθως: Συχνές (≥1/100 έως <1/10), Όχι συχνές (≥1/1.000 έως <1/100), Σπάνιες (≥1/10.000 έως <1/1.000), Πολύ σπάνιες (<1/10.000), μη γνωστές (δεν μπορούν να εκτιμηθούν με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα).

Κατηγορία/ οργανικό σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	**Συχνές**	**Όχι συχνές**	**Σπάνιες**	**Πολύ σπάνιες**	**Μη γνωστές**
Διαταραχές του αιμοποιητικού και του λεμφικού συστήματος			Θρομβοκυτταροπενία[2]		Θρομβοκυτταροπενία[5]
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος			Αντιδράσεις υπερευαισθησίας συμπεριλαμβανομένου αγγειοοιδήματος[2]		Υπερευαισθησία (συμπεριλαμβανομένων εξανθήματος, κνίδωσης, αναφυλαξίας και αγγειοοιδήματος)[5]
Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος	Σακχαρώδης διαβήτης[1,2]				
Διαταραχές του μεταβολισμού και της θρέψης		Μειωμένη όρεξη[3]			

Κατηγορία/ οργανικό σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	Συχνές	Όχι συχνές	Σπάνιες	Πολύ σπάνιες	Μη γνωστές
Ψυχιατρικές διαταραχές					Κατάθλιψη[2,5]
Διαταραχές του νευρικού συστήματος	Κεφαλαλγία[2,4], ζάλη[2]	Παραισθησία[4]		Πολυνευροπάθεια[2], απώλεια μνήμης[2]	Περιφερική νευροπάθεια[2], διαταραχές ύπνου (συμπεριλαμβάνεται αϋπνία και εφιάλτες)[2], ζάλη[5], παραισθησία[5]
Αγγειακές διαταραχές		Εξάψεις[3], υπέρταση[3]			
διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου		Βήχας[3]			Βήχας[2], δύσπνοια[2,5]
Διαταραχές του γαστρεντερικού	Δυσκοιλιότητα[2], ναυτία[2], κοιλιακό άλγος[2,3], διάρροια[3], μετεωρισμός[3]	Δυσπεψία[3], νόσος γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης[3],ναυτία[3], ξηροστομία[4], γαστρίτιδα[4]	Παγκρεατίτιδα[2]		Διάρροια[2], παγκρεατίτιδα[5], δυσκοιλιότητα[5]
Διαταραχές του ήπατος και των χοληφόρων			Αυξημένες ηπατικές, τρανσαμινάσες[2]	Ίκτερος[2], ηπατίτιδα[2]	Ηπατίτιδα[5], χολολιθίαση[5], χολοκυστίτιδα[5]
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού		Κνησμός[2,4], εξάνθημα[2,4], κνίδωση[2,4]			Σύνδρομο stevens johnson[2], πολύμορφο ερύθημα[5]
Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού	Μυαλγία[2,4]	Αρθραλγία[3], μυϊκοί σπασμοί[3], πόνος στον αυχένα[3], οσφυαλγία[4], μυϊκή αδυναμία[4], πόνος στα άκρα[4]	Μυοπάθεια (συμπεριλαμβανομένης μυοσίτιδας)[2], ραβδομυόλυση[2], σύνδρομο παρόμοιο με λύκο[2], θλάση μυός[2]	Αρθραλγία[2]	Ανοσολογικά διαμεσολαβούμενη νεκρωτική μυοπάθεια[2], διαταραχές στους τένοντες, ενίοτε επιπλεκόμενες με ρήξη[2], αρθραλγία[5], μυαλγία[5], μυοπάθεια/ραβδομυόλυση[5]
Διαταραχές των νεφρών και των ουροφόρων οδών				Αιματουρία[2]	
Διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος και του μαστού				Γυναικομαστία[2]	
Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης	Ασθενεία[2], κόπωση[3]	Πόνος στο στήθος[3], πόνος[3], ασθενεία[4], περιφερικό οίδημα[4]			Οίδημα[2], ασθενεία[5]

Κατηγορία/ οργανικό σύστημα σύμφωνα με τη βάση δεδομένων MedDRA	Συχνές	Όχι συχνές	Σπάνιες	Πολύ σπάνιες	Μη γνωστές
Παρακλινικές εξετάσεις	Αυξημένη alt ή/και ast[4]	Αυξημένη alt ή/και ast[3], αυξημένη cpk αίματος[3], αυξημένη γάμμα γλουταμυλοτρανσφεράση[3], παθολογική εξέταση ηπατικής λειτουργίας[3]			

[1]Η συχνότητα θα εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία παραγόντων κινδύνου (γλυκόζη νηστείας αίματος ≥ 5,6 mmol/L, BMI>30 kg/m², αυξημένα τριγλυκερίδια, ιστορικό υπέρτασης) – για τη ροσουβαστατίνη. [2]Προφίλ ανεπιθύμητων αντιδράσεων για τη ροσουβαστατίνη βάσει δεδομένων από κλινικές μελέτες και εκτεταμένη εμπειρία μετά την εμπορική κυκλοφορία. [3]Έζετιμίμπη σε μονοθεραπεία. Ανεπιθύμητες αντιδράσεις παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με εζετιμίμπη (N=2396) και με μεγαλύτερη επίπτωση από ό,τι το εικονικό φάρμακο (N=1159). [4]Εζετιμίμπη συγχορηγούμενη με στατίνη. Παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε ασθενείς κατά τη συγχορήγηση εζετιμίμπης με στατίνη (N=11308) και με μεγαλύτερη επίπτωση από ό,τι με τη χορήγηση μόνο της στατίνης (N=9361). [5]Επιπρόσθετες ανεπιθύμητες αντιδράσεις εζετιμίμπης, αναφερόμενες κατά την εμπειρία μετά την εμπορική κυκλοφορία. Λόγω του ότι αυτές οι ανεπιθύμητες εμπειρίες έχουν αναφερθεί με αυθόρμητη αναφορά, οι πραγματικές τους συχνότητες δεν είναι γνωστές και δεν μπορούν να εκτιμηθούν.

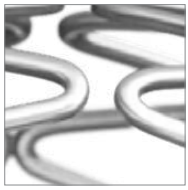
Όπως και με τους λοιπούς αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης, η επίπτωση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο φάρμακο τείνει να είναι δοσοεξαρτώμενη. *Επιδράσεις στους νεφρούς*: Πρωτεϊνουρία, που ανιχνεύεται μέσω εξέτασης με dipstick και κυρίως σωληναριακής προέλευσης, έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ροσουβαστατίνη. *Επιδράσεις στους σκελετικούς μύες*: • Έχουν αναφερθεί επιδράσεις στους σκελετικούς μύες π.χ. μυαλγία, μυοπάθεια και, σπανίως, ραβδομυόλυση με ή χωρίς οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ροσουβαστατίνη σε όλες τις δόσεις και ιδίως σε δόσεις >20 mg. • Έχει παρατηρηθεί δοσοεξαρτώμενη αύξηση στα επίπεδα της CK σε ασθενείς που λαμβάνουν ροσουβαστατίνη. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν ήπιες, ασυμπτωματικές και παροδικές. Εάν τα επίπεδα της CK είναι αυξημένα (>5xULN), η θεραπεία θα πρέπει να διακοπεί. *Επιδράσεις στο ήπαρ*: Όπως και με τους λοιπούς αναστολείς της HMG CoA αναγωγάσης, έχει παρατηρηθεί δοσοεξαρτώμενη αύξηση των τρανσαμινασών σε μικρό αριθμό ασθενών που λαμβάνουν ροσουβαστατίνη. Η πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν ήπιες, ασυμπτωματικές και παροδικές. *Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί με ορισμένες στατίνες:* • Σεξουαλική δυσλειτουργία • Έχουν αναφερθεί εξαιρετικές περιπτώσεις διάμεσης πνευμονοπάθειας, ιδίως με τη μακροπρόθεσμη θεραπεία. Τα αναφερόμενα ποσοστά ραβδομυόλυσης, σοβαρών νεφρικών ενεργειών και σοβαρών ηπατικών ενεργειών (που αποτελούνται κυρίως από αυξημένες ηπατικές τρανσαμινάσες) είναι υψηλότερα με τη δόση 40 mg ροσουβαστατίνης. Παιδιατρικός πληθυσμός: Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του Lipocomb σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν έχουν ακόμα τεκμηριωθεί. Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών: Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα. Τηλ: + 30 21 32040380/337, Φαξ: + 30 21 06549585 Ιστότοπος: http://www.eof.gr. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Keresztúri út 30-38. Ουγγαρία **ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ:** ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.Π.Ε. Φραγκοκλησιάς 7, 151 25 Μαρούσι **ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ & ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ:** ***BTx30 Δισκία:*** LIPOCOMB (10+10) mg/tab: 87444/15-07-2019 – ΛΤ € 26,77 LIPOCOMB (20+10) mg/tab: 87445/15-07-2019 – ΛΤ € 29,45 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 09/2019

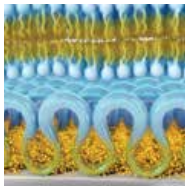
Για πλήρεις συντομογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Ε.ΠΕ. Φραγκοκλησιάς 7, 151 25 Μαρούσι, Τηλ.: 2109391000.

SERVIER

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε:
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα Φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Thin struts and biocompatible polymer promote fast healing and enable short DAPT duration[8]





BioLinx™ polymer is specifically designed for DES.

Single wire design for best-in-class deliverability, conformability, and apposition

Resolute Onyx DES is optimised for your complex clinical practice

1-month DAPT in HBR patients
Diabetes mellitus
In-stent restenosis (ISR)
Multivessel disease
Chronic total occlusions (CTO)
Acute coronary syndrome (ACS)
Total occlusions (TO)
Acute myocardial infarction (AMI)
Left main (LM)
Unstable angina (UA)
Small vessel (SV)
Bifurcation lesions

CE
2797

*Third party brands are trademarks of their respective owners.
†Primary endpoint does not include TLR.
**ST, MI, and CD were not separately powered endpoints.
††Matching LEADERS FREE inclusion criteria.
***Combines Onyx ONE Global Study patients (N = 1996) and Onyx ONE Clear Study patients (N = 752).

[1] Windecker S. Stent Selection for 1-3 Month DAPT: Current Evidence Ongoing Studies. Presented at TCT 2018; San Diego, CA.
[2] Urban P, Meredith IT, Abizaid A, et al. Polymer-free Drug-Coated Coronary Stents in Patients at High Bleeding Risk. *N Engl J Med.* November 19, 2015;373:2038-2047.
[3] Lipiecki J, Brunel P, Morice MC, et al. Biolimus A9 polymer-free coated stents in high bleeding risk patients undergoing complex PCI: evidence from the LEADERS FREE randomised clinical trial. *EuroIntervention.* July 20, 2018;14(4):e418-e425.
[4] Costa F, van Klaveren D, James S, et al. Derivation and validation of the predicting bleeding complications in patients undergoing stent implantation and subsequent dual antiplatelet therapy (PRECISE-DAPT) score: a pooled analysis of individual-patient datasets from clinical trials. *Lancet.* March 11, 2017;389(10073):1025-1034.
[5] Windecker S, Latib A, Kedhi E, et al. Polymer-based or Polymer-free Stents in Patients at High Bleeding Risk. *N Engl J Med.* March 26, 2020;382(13):1208-1218.
[6] Kirtane A, et al. One Month Dual Antiplatelet Therapy in High Bleeding Risk Patients: Primary Results of Onyx ONE Clear. Presented online at ACC 2020.
[7] Kedhi E, Latib A, Abizaid A, et al. Rationale and design of the Onyx ONE global randomized trial: A randomized controlled trial of high bleeding risk patients after stent placement with 1 month of dual antiplatelet therapy. *Am Heart J.* August 2019;214:134-141.
[8] Roleder T, Kedhi E, Berta B, et al. Short-term stent coverage of second-generation zotarolimus-eluting durable polymer stents: Onyx one-month optical coherence tomography study. *Adv Interv Cardiol.* 2019;15(2):143-150.

Medtronic

Europe
Medtronic Intl. Trading SARL
Tel: 41.21.802.7000

Asia Pacific
Medtronic Intl. Ltd.
Tel: 65.6436.5000

Latin America
Medtronic
Tel: 786.709.4200

medtronic.com/OnyxOne

UC202015074 ML ©2020 Medtronic. All rights reserved. Medtronic and the Medtronic logo are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company. For distribution only in markets where the Resolute Onyx™ coronary stent has been approved. Not for distribution in the USA, Japan, France, Canada, or Australia. 05/2020

INDICATIONS The Medtronic CoreValve™ Evolut™ R and CoreValve™ Evolut™ PRO systems are indicated for use in patients with symptomatic heart disease due to either severe native calcific aortic stenosis or failure (stenosed, insufficient, or combined) of a surgical bioprosthetic aortic valve who are judged by a heart team, including a cardiac surgeon, to be at high or greater risk for open surgical therapy (i.e., Society of Thoracic Surgeons predicted risk of operative mortality score ≥8% or at a ≥15% risk of mortality at 30 days).

CONTRAINDICATIONS The CoreValve™ Evolut™ R and PRO systems are contraindicated for patients presenting with any of the following conditions: known hypersensitivity or contraindication to aspirin, heparin (HIT/HITTS) and bivalirudin, ticlopidine, clopidogrel, Nitinol (Titanium or Nickel), or sensitivity to contrast media, which cannot be adequately premedicated; ongoing sepsis, including active endocarditis; preexisting mechanical heart valve in the aortic position.

WARNINGS *General* Implantation of the CoreValve™ Evolut™ R and PRO systems should be performed only by physicians who have received Medtronic CoreValve™ training. This procedure should only be performed where emergency aortic valve surgery can be performed promptly. Mechanical failure of the delivery catheter system and/or accessories may result in patient complications. Accelerated deterioration of the bioprosthesis may occur in patients presenting with an altered calcium metabolism.

PRECAUTIONS *General* The safety and effectiveness of the CoreValve™ Evolut™ R and PRO systems have not been evaluated in the pediatric population. The safety and effectiveness of the bioprosthesis for aortic valve replacement have not been evaluated in the following patient populations: patients who do not meet the criteria for symptomatic severe native aortic stenosis as defined: (1) symptomatic severe high gradient aortic stenosis — aortic valve area ≤1.0 cm^2 or aortic valve area index ≤0.6 cm^2/m^2, a mean aortic valve gradient ≥40 mm Hg; or a peak aortic-jet velocity ≥4.0 m/s, (2) symptomatic severe low-flow, low-gradient aortic stenosis — aortic valve area ≤1.0cm^2 or aortic valve area index ≤0.6 cm^2/m^2, a mean aortic valve gradient <40 mmHg; and a peak aortic-jet velocity <4.0 m/s ; who are at moderate or low surgical risk (predicted perioperative mortality risk of <15%); with untreated, clinically significant coronary artery disease requiring revascularization; with a pre-existing prosthetic heart valve with a rigid support structure in either the mitral or pulmonic position if either the pre-existing prosthetic heart valve could affect the implantation or function of the bioprosthesis or the implantation of the bioprosthesis could affect the function of the pre-existing prosthetic heart valve; with cardiogenic shock manifested by low cardiac output, vasopressor dependence, or mechanical hemodynamic support. The safety and effectiveness of a CoreValve™ Evolut™ R and PRO bioprosthesis implanted within a failed pre-existing transcatheter bioprosthesis has not been demonstrated. Implanting a CoreValve™ Evolut™ R or PRO bioprosthesis in a degenerated surgical bioprosthesis [transcatheter aortic valve in surgical aortic valve (TAV in SAV)] should be avoided in the following conditions. The degenerated surgical bioprosthesis presents with: a significant concomitant perivalvular leak (between the prosthesis and the native annulus), is not securely fixed in the native annulus, or is not structurally intact (e.g., wireform frame fracture); partially detached leaflet that in the aortic position may obstruct a coronary ostium; stent frame with a manufacturer's labeled inner diameter <17 mm. The safety and effectiveness of the bioprosthesis for aortic valve replacement have not been evaluated in patient populations presenting with the following: blood dyscrasias as defined: leukopenia (WBC <1000 cells/mm^3), thrombocytopenia (platelet count <50,000 cells/mm^3), history of bleeding diathesis or coagulopathy, or hypercoagulable states; congenital bicuspid or unicuspid valve; mixed aortic valve disease (aortic stenosis and aortic regurgitation with predominant aortic regurgitation [3-4+]); moderate to severe (3-4+) or severe (4+) mitral or severe (4+) tricuspid regurgitation; hypertrophic obstructive cardiomyopathy; new or untreated echocardiographic evidence of intracardiac mass, thrombus, or vegetation; native aortic annulus size <18 mm or >30 mm for CoreValve™ Evolut™ R and <18 mm or >26 mm for CoreValve™ Evolut™ PRO per the baseline diagnostic imaging or surgical bioprosthetic aortic annulus size <17 mm or >30 mm for CoreValve™ Evolut™ R and <17 mm or >26 mm for CoreValve™ Evolut™ PRO; transarterial access not able to accommodate an 18 Fr sheath or the 14 Fr equivalent EnVeo™ R InLine sheath when using Model ENVEOR-US or transarterial access not able to accommodate a 20 Fr introducer sheath or the 16 Fr equivalent EnVeo™ R InLine sheath when using Model ENVEOR-N-US; sinus of valsalva anatomy that would prevent adequate coronary perfusion; moderate to severe mitral stenosis; severe ventricular dysfunction with left ventricular ejection fraction (LVEF) <20%; symptomatic carotid or vertebral artery disease; severe basal septal hypertrophy with an outflow gradient.

Prior to Use Exposure to glutaraldehyde may cause irritation of the skin, eyes, nose, and throat. Avoid prolonged or repeated exposure to the vapors. Damage may result from forceful handling of the catheter. Prevent kinking of the catheter when removing it from the packaging. This device was designed for single patient use only. Do not reuse, reprocess, or resterilize this product. Reuse, reprocessing, or resterilization may compromise the structural integrity of the device and/or create a risk of contamination of the device, which could result in patient injury, illness, or death. The bioprosthesis size must be appropriate to fit the patient's anatomy. Proper sizing of the device is the responsibility of the physician. Refer to Instructions for Use for available sizes. Failure to implant a device within the sizing matrix could lead to adverse effects such as those listed below. Patients must present with access vessel diameters of ≥5 mm when using Model ENVEOR-US or ≥5.5 mm when using Model ENVEOR-N-US, or patients must present with an ascending aortic (direct aortic) access site ≥60 mm from the basal plane for both systems. Implantation of the bioprosthesis should be avoided in patients with aortic root angulation (angle between plane of aortic valve annulus and horizontal plane/vertebrae) of >30° for right subclavian/axillary access or >70° for femoral and left subclavian/axillary access. Use caution when using the subclavian/axillary approach in patients with a patent LIMA graft or patent RIMA graft. For direct aortic access, ensure the access site and trajectory are free of patent RIMA or a pre-existing patent RIMA graft.

During Use For direct aortic and subclavian access procedures, care must be exercised when using the tip-retrieval mechanism to ensure adequate clearance to avoid advancement of the catheter tip through the bioprosthesis leaflets during device closure. For direct aortic access procedures, use a separate introducer sheath; do not use the EnVeo R InLine sheath. Adequate rinsing of the bioprosthesis with sterile saline, as described in the Instructions for Use, is mandatory before implantation. During rinsing, do not touch the leaflets or squeeze the bioprosthesis. If a misload is detected, unsheath the bioprosthesis and examine the bioprosthesis for damage (for example, permanent frame deformation, frayed sutures, or valve damage). Do not attempt to reload a damaged bioprosthesis. Do not load the bioprosthesis onto the catheter more than two times or after it has been inserted into a patient. Use the deployment knob to deploy and recapture the bioprosthesis. Do not use the trigger for deploying or recapturing because it could cause inaccurate placement of the bioprosthesis. Once the radiopaque capsule marker band reaches the distal end of the radiopaque paddle attachment (point of no recapture), retrieval of the bioprosthesis from the patient is not recommended. Retrieval after the point of no recapture may cause mechanical failure of the delivery catheter system, aortic root damage, coronary artery damage, myocardial damage, vascular complications, prosthetic valve dysfunction (including device malposition), embolization, stroke, and/or emergent surgery. During deployment, the bioprosthesis can be advanced or withdrawn as long as annular contact has not been made. Once annular contact is made, the bioprosthesis cannot be advanced in the retrograde direction; recapture until the bioprosthesis is free from annular contact, and then reposition in the retrograde direction. If necessary, and the radiopaque capsule marker band has not yet reached the distal end of the radiopaque paddle attachment, the bioprosthesis can be withdrawn (repositioned) in the antegrade direction. However, use caution when moving the bioprosthesis in the antegrade direction. While the catheter is in the patient, ensure the guidewire is extending from the tip. Do not remove the guidewire from the catheter while the catheter is inserted in the patient. Use the handle of the delivery system to reposition the bioprosthesis. Do not use the outer catheter sheath. There will be some resistance when the catheter is advanced through the vasculature. If there is a significant increase in resistance, stop advancement and investigate the cause of the resistance (for example, magnify the area of resistance) before proceeding. Do not force passage. Forcing passage could increase the risk of vascular complications (for example, vessel dissection or rupture). Persistent force on the catheter can cause the catheter to kink which could increase the risk of vascular complications (for example, vessel dissection or rupture). Once deployment is complete, repositioning of the bioprosthesis is not recommended. Repositioning of a deployed valve may cause aortic root damage, coronary artery damage, myocardial damage, vascular complications, prosthetic valve dysfunction (including device malposition), embolization, stroke, and/or emergent surgery. Do not attempt to retrieve or to recapture a bioprosthesis if any one of the outflow struts is protruding from the capsule. If any one of the outflow struts has deployed from the capsule, the bioprosthesis must be released from the catheter before the catheter can be withdrawn. Ensure the capsule is closed before catheter removal. When using a separate introducer sheath, if increased resistance is encountered when removing the catheter through the introducer sheath, do not force passage. Increased resistance may indicate a problem and forced passage may result in damage to the device and/or harm to the patient. If the cause of resistance cannot be determined or corrected, remove the catheter and introducer sheath as a single unit over the guidewire, and inspect the catheter and confirm that it is complete. Clinical long-term durability has not been established for the bioprosthesis. Evaluate bioprosthesis performance as needed during patient follow-up. Post procedure, administer appropriate antibiotic prophylaxis as needed for patients at risk for prosthetic valve infection and endocarditis. Post procedure, administer anticoagulation and/or antiplatelet therapy per physician/clinical judgment. Excessive contrast media may cause renal failure. Pre procedure, measure the patient's creatinine level. During the procedure, monitor contrast media usage. Conduct the procedure under fluoroscopy. The safety and efficacy of a CoreValve™ Evolut™ R or CoreValve™ Evolut™ PRO bioprosthesis implanted within a transcatheter bioprosthesis have not been demonstrated. However, in the event that a CoreValve™ Evolut™ R or CoreValve™ Evolut™ PRO bioprosthesis must be implanted within a transcatheter bioprosthesis to improve valve function, valve size and patient anatomy must be considered before implantation of the CoreValve™ Evolut™ R or CoreValve™ Evolut™ PRO bioprosthesis to ensure patient safety (for example, to avoid coronary obstruction). In the event that valve function or sealing is impaired due to excessive calcification or incomplete expansion, a post-implant balloon dilatation of the bioprosthesis may improve valve function and sealing. To ensure patient safety, valve size and patient anatomy must be considered when selecting the size of the balloon used for dilatation. The balloon size chosen for dilatation should not exceed the diameter of the native aortic annulus or, for surgical bioprosthetic valves, the manufacturer's labeled inner diameter. Refer to the specific balloon catheter manufacturer's labeling for proper instruction on the use of balloon catheter devices.

Note: Bench testing has only been conducted to confirm compatibility with NuMED Z-MED™ (Evolut PRO only) and Z-MED II™ Balloon Aortic Valvuloplasty catheters where CoreValve™ Evolut™ R and CoreValve™ Evolut™ PRO bioprosthesis device performance was maintained after dilation. Data on File.

POTENTIAL ADVERSE EVENTS Potential risks associated with the implantation of the CoreValve™ Evolut™ R or CoreValve™ Evolut™ PRO transcatheter aortic valve may include, but are not limited to, the following: • death • myocardial infarction, cardiac arrest, cardiogenic shock, cardiac tamponade • coronary occlusion, obstruction, or vessel spasm (including acute coronary closure) • cardiovascular injury (including rupture, perforation, tissue erosion, or dissection of vessels, ascending aorta trauma, ventricle, myocardium, or valvular structures that may require intervention) • emergent surgical or transcatheter intervention (for example, coronary artery bypass, heart valve replacement, valve explant, percutaneous coronary intervention [PCI], balloon valvuloplasty) • prosthetic valve dysfunction (regurgitation or stenosis) due to fracture; bending (out-of-round configuration) of the valve frame; underexpansion of the valve frame; calcification; pannus; leaflet wear, tear, prolapse, or retraction; poor valve coaptation; suture breaks or disruption; leaks; mal-sizing (prosthesis-patient mismatch); malposition (either too high or too low)/ malplacement • prosthetic valve migration/embolization • prosthetic valve endocarditis • prosthetic valve thrombosis • delivery catheter system malfunction resulting in the need for additional re-crossing of the aortic valve and prolonged procedural time • delivery catheter system component migration/embolization • stroke (ischemic or hemorrhagic), transient ischemic attack (TIA), or other neurological deficits • heart failure • cardiac failure or low cardiac output • ancillary device embolization • individual organ (for example, cardiac, respiratory, renal [including acute kidney failure]) or multi-organ insufficiency or failure • major or minor bleeding that may require transfusion or intervention (including life-threatening or disabling bleeding) • vascular access-related complications (e.g., dissection, perforation, pain, bleeding, hematoma, pseudoaneurysm, irreversible nerve injury, compartment syndrome, arteriovenous fistula, stenosis) • mitral valve regurgitation or injury • conduction system disturbances (for example, atrioventricular node block, left-bundle branch block, asystole), which may require a permanent pacemaker • infection (including septicemia) • hypotension or hypertension • hemolysis • peripheral ischemia • bowel ischemia • abnormal lab values (including electrolyte imbalance) • allergic reaction to antiplatelet agents, contrast medium, or anesthesia • exposure to radiation through fluoroscopy and angiography • permanent disability.

Please reference the CoreValve™ Evolut™ R and CoreValve™ Evolut™ PRO Instructions for Use for more information regarding indications, warnings, precautions, and potential adverse events.

The commercial name of the device is Medtronic CoreValve™ Evolut™ PRO System.

Medtronic

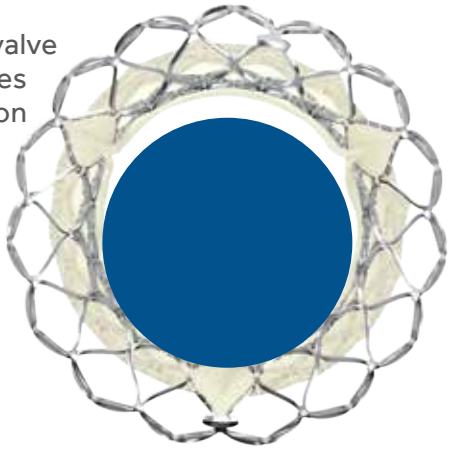
Europe
Medtronic International Trading Sàrl.
Route du Molliau 31
Case postale
CH-1131 Tolochenaz
Tel. +41 (0)21 802 70 00
Fax +41 (0)21 802 79 00

UC201711756EE © Medtronic 2017.
All rights reserved. Printed in Europe.

medtronic.eu

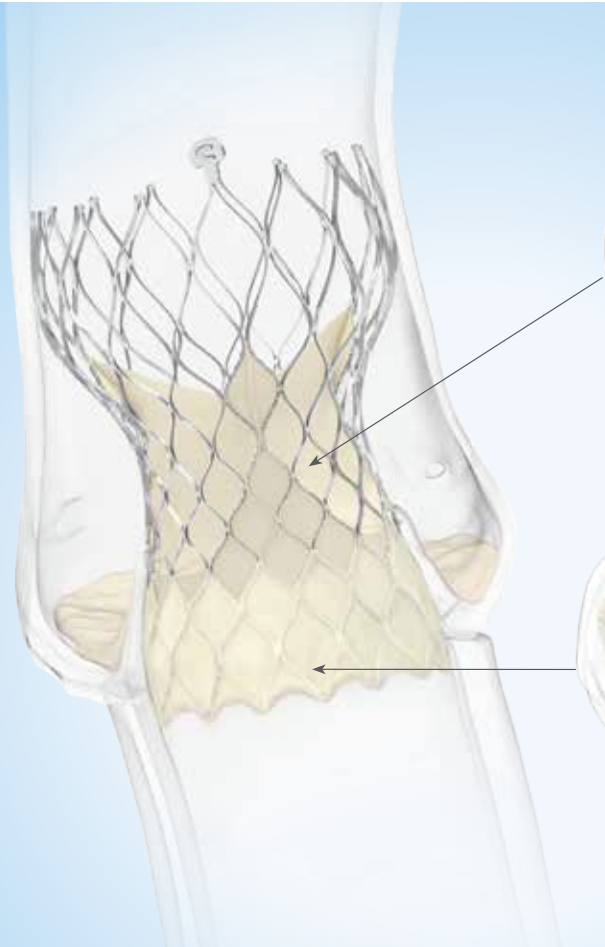
UNSURPASSED HEMODYNAMICS

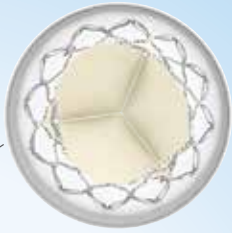
Supra-annular valve design maximizes leaflet coaptation and promotes single digit gradients and large EOAs.

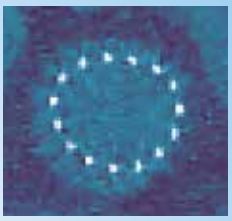


6.4 mmHg
single digit gradients

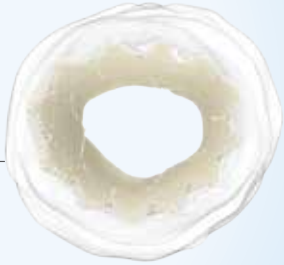
2.0 cm²
large EOA

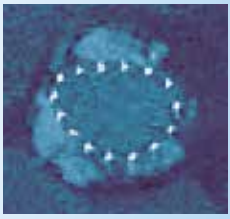






Supra-annular valve: Optimizes coaptation in non-circular anatomy with supra-annular valve position





Annulus: Conforms to the native annulus

Evolut PRO Clinical Study, n=60, 30-day outcomes.