

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 122025SP07758

Προς: Προσωπικούς Ιατρούς, Ειδικούς Ιατρούς, Νοσηλεύτρια

ΘΕΜΑ: ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΤΟΝΤΑΙ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (Οργανισμός) σε συνέχεια προηγούμενης ανακοίνωσης με αριθμό 092025SP07500, ημερομηνίας 12 Σεπτεμβρίου 2025 για το πιο πάνω θέμα (<https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/hio-oscat-announcement-12.9.2025.pdf>), εκδίδει το παρόν έγγραφο προς επισήμανση σημαντικών στοιχείων που άπτονται της διαδικασίας αποστολής δικαιούχων στο εξωτερικό και τα οποία συμβάλουν καταλυτικά στην ποιότητα και ταχύτητα διαχείρισης των εν λόγω αιτημάτων.

1. Πληρότητα εντύπου υποβολής αιτήματος και ιατρικής έκθεσης

Έχει παρατηρηθεί ότι σημαντικός αριθμός αιτημάτων αποστολής δικαιούχων στο εξωτερικό, στερούνται της συμπλήρωσης του σχετικού εντύπου με τον ενδεδειγμένο τρόπο, ή/και η ιατρική έκθεση που περιλαμβάνεται στο αίτημα, είναι ανεπαρκής προκειμένου να περιγράψει ορθώς την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου καθώς και τις απαραίτητες υπηρεσίες που απαιτούνται.

Ο Οργανισμός, κατανοώντας ότι αυτό ήταν σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα πρωτίστως της έλλειψης εξοικείωσης των παρόχων με τη νέα διαδικασία, δεν προχώρησε στην απόρριψη αιτημάτων με ελλιπείς πληροφορίες, αλλά προέβαινε, όπου ήταν εφικτό, σε επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό προς παροχή πρόσθετης πληροφόρηση, διαδικασία ιδιαίτερα χρονοβόρα και απαιτητική.

Δεδομένου ότι διανύουμε τον 4^ο μήνα ανάληψης των καθηκόντων αποστολής δικαιούχων στο εξωτερικό από τον Οργανισμό, αιτήματα τα οποία δεν ικανοποιούν τις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί από τον Οργανισμό, και οι οποίες αναφέρονται εκ νέου πιο κάτω, θα απορρίπτονται ως ελλιπή.

A. Έντυπο Υποβολής Αιτήματος

Κατά την υποβολή του αιτήματος μέσω του Συστήματος Πληροφορικής (Σ.Π.) του ΓεΣΥ, είναι απαραίτητο όπως οι πάροχοι περιλαμβάνουν το σχετικό έντυπο συμπληρωμένο:

- **σε όλα** τα προκαθορισμένα πεδία
- **ηλεκτρονικά** (δακτυλογραφημένο)

Ειδική μνεία γίνεται στην ανάγκη όπως στο έντυπο υποβολής καθορίζεται η διάγνωση του δικαιούχου με αναφορά στον συγκεκριμένο κωδικό ICD10, καθώς και η προτεινόμενη/ενδεδειγμένη υπηρεσία φροντίδας υγείας. Επίσης, στις περιπτώσεις όπου ο θεράπων ιατρός καθορίσει την ανάγκη αερομεταφοράς, είναι απαραίτητο όπως καθορίσει επίσης και τυχόν ειδικές προϋποθέσεις που πρέπει να υφίστανται κατά την αερομεταφορά όπως για παράδειγμα το υψόμετρο πτήσης, την ανάγκη συνοδείας ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας καθώς και την ανάγκη διάθεσης στο αεροσκάφος συγκεκριμένου εξοπλισμού.

Υπενθυμίζουμε ότι για τυχόν απορίες ή ανάγκη υποστήριξης για το τεχνικό κομμάτι εντοπισμού και μεταφόρτωσης του εντύπου στο Σ.Π. του ΓεΣΥ, μπορείτε να απευθυνθείτε στο Κέντρο Εξυπηρέτησης του ΓεΣΥ στο 17000.

B. Ιατρική έκθεση

Η ιατρική έκθεση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της υποβολής αιτήματος για αποστολή δικαιούχου στο εξωτερικό και πρέπει να μεταφορτώνεται στο Σ.Π ως ένα αρχείο μαζί με το έντυπο υποβολής.

Υπενθυμίζουμε ότι, η ιατρική έκθεση πρέπει απαραίτητως να πληροί τις πιο κάτω προϋποθέσεις:

- να είναι δακτυλογραφημένη,
- να είναι γραμμένη στην αγγλική γλώσσα,
- να είναι πρόσφατη (ημερομηνίας μικρότερης των 30 ημερών από την υποβολή του αιτήματος),
- να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,
- να καταγράφει εκτενώς το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου και τη διάγνωση,
- να περιλαμβάνει κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/ απεικονιστικών/ ιστοπαθολογικών κ.α. εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,

- να γίνεται αναφορά σε θεραπεία/αντιμετώπιση που έχει ήδη παρασχεθεί στον δικαιούχο,
- να γίνεται αναφορά στην προτεινόμενη υπηρεσία και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό.

B1. Ιατρική έκθεση στις περιπτώσεις αιτημάτων για μεταμόσχευση ήπατος

Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

A. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση

- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - o DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - o πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιρσών οισοφάγου
 - o πρόσφατη κολονοσκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

B2. Ιατρική Έκθεση στις περιπτώσεις αιτημάτων για επεμβάσεις ορθοπεδικής και νευροχειρουργικής φύσεως

Στις περιπτώσεις αιτήματος για χειρουργική επέμβαση ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, πέραν των σημείων που αναφέρονται στο σημείο Β πιο πάνω, πρέπει απαραίτητως να ζητείται από τον θεράποντα ιατρό και να περιλαμβάνεται στην ιατρική έκθεση [σύνδεσμος \(link\) με τις εικόνες της τελευταίας σχετικής με το αίτημα απεικονιστικής εξέτασης/εξετάσεων](#). Οι εν λόγω εικόνες κρίνονται απαραίτητες τόσο κατά το στάδιο της αξιολόγησης τους αιτήματος από τους εμπειρογνώμονες, όσο και κατά το στάδιο αξιολόγησης του περιστατικού από τα νοσηλευτήρια του εξωτερικού.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Αιτήματα τα οποία δεν περιλαμβάνουν όλες τις πληροφορίες που περιγράφονται στο σημείο 1 (Α και Β1-2) πιο πάνω, δύναται να απορριφθούν λόγω ελλιπών πληροφοριών.

Ως εκ των ανωτέρω, το έντυπο υποβολής αιτήματος τροποποιείται μερικώς και τίθεται σε εφαρμογή στις **19 Ιανουαρίου 2026 (Συνημμένο 1)**.

2. Υποβολή αιτημάτων για προγραμματισμένα ραντεβού επανελέγχου, δικαιούχων που έλαβαν υπηρεσίες στο παρελθόν μέσω του Υπουργείου Υγείας

Παρακαλείστε όπως στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς σας έχουν προγραμματισμένα ραντεβού για επανέλεγχο σε νοσηλευτήρια του εξωτερικού, συνεπεία προηγούμενης επιδότησης από το Υπουργείο Υγείας, όπως αυτά υποβάλλονται το αργότερο 15 ημέρες προ της ημερομηνίας του ραντεβού. Από την 1^η Φεβρουαρίου 2026 και μετά, περιστατικά που δεν πληρούν τα χρονικά αυτά πλαίσια δεν θα τυγχάνουν αξιολόγησης από τον Οργανισμό και θα απορρίπτονται, καθότι προκαλούνται πολλά προβλήματα ταυτόχρονης αξιολόγησης με άλλα περιστατικά τα οποία πραγματικά άπτονται άμεσου χειρισμού (επείγοντα και απειλητικά για τη ζωή περιστατικά).

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία: 12 Ιανουαρίου 2026

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ I – ΜΕΡΟΣ III) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.
2. Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.
3. Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:
 - a. είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,
 - b. δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),
 - c. αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,
 - d. δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,
 - e. δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,
 - f. δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.
4. Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:
 - a. υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,
 - b. ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.

ΜΕΡΟΣ Ι	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
<p>Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹;</p> <p>¹Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)</p>	<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
<p>Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, 	

<p>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>	<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>	<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p>	<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήστε στην ερώτηση B.</p>			
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>	<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>	<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			
<p>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>Σημείωση: Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων, iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραίτητως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

Gender:	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
----------------	----------------------------------	------------------------------------

DOB:	
-------------	--

Diagnosis:	
-------------------	--

Medical History¹:	
-------------------------------------	--

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations¹:	
<p><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)</i></p>	

<p>Prior/current treatment/management:</p>	
---	--

<p>Proposed treatment / management abroad:</p>	
---	--

<p>Reasons for requesting medical services aboard:</p>	
---	--

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<p>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</p>	
<p>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</p>	

ⁱ Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

A. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και τότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιδική ενδοηπατική πυλαισυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέταση MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - o DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - o πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιστών οισοφάγου
 - o πρόσφατη κολονοσκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.