
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει επεμβάσεις βαριατρικής χειρουργικής μόνο στις περιπτώσεις όπου ισχύουν **όλα** τα πιο κάτω:

a. Άτομα >18 ετών

b. Είδος Επέμβασης

- Laparoscopic adjustable gastric banding ή
- Roux-en-Y procedure up to 150 cm ή
- Sleeve gastrectomy

c. Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ≥ 40 ή ΔΜΣ ≥ 35 με συνοδά νοσήματα σχετικά με την παχυσαρκία, που περιλαμβάνουν:

- Σακχαρώδη διαβήτη
- Καρδιαγγειακή νόσο
- Υπέρταση
- Δυσλιπιδαιμία
- Υπερουριχαιμία
- Απειλητικά για τη ζωή καρδιοαναπνευστικά προβλήματα (για παράδειγμα, σοβαρή αποφρακτική άπνοια ύπνου, σύνδρομο Pickwickian, καρδιομυοπάθεια που σχετίζεται με την παχυσαρκία)

Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:

- i. Έκθεση του θεράποντα ιατρού που να επιβεβαιώνει τη συμμετοχή στο παρελθόν σε πρόγραμμα απώλειας βάρους
- ii. Έκθεση από κλινικό διαιτολόγο ή άλλο επαγγελματία υγείας όπου επιβεβαιώνεται η ανεπαρκής απώλεια βάρους παρά την προσπάθεια με συντηρητική αγωγή (για παράδειγμα παρεμβάσεις τρόπου ζωής, περιλαμβανομένου του συνδυασμού δίαιτας, άσκησης και τροποποιήσεων της συμπεριφοράς)
- iii. Έκθεση προεγχειρητικής ιατρικής αξιολόγησης
- iv. Έκθεση ψυχολογικής αξιολόγησης από κατάλληλο επαγγελματία υγείας
- v. Βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό ότι έγινε προεγχειρητική ενημέρωση αναφορικά με τα ρίσκα, τα οφέλη, τις ρεαλιστικές προσδοκίες και την ανάγκη για μακροχρόνια παρακολούθηση και τήρηση των νέων συμπεριφορών
- vi. Πλάνο θεραπείας ανάλογα με τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές ανάγκες του ατόμου

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές.

ΜΕΡΟΣ 1

Επιλέξτε ποια δήλωση ισχύει για τον ασθενή (1-2): *

1. Ο ασθενής θα υποβληθεί σε επέμβαση βαριατρικής χειρουργικής(παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2α)

2. Θα ακολουθηθεί μία από τις διεργασίες *Laparoscopic gastroenterostomy /Other gastroenterostomy without gastrectomy* για σκοπούς πέραν της βαριατρικής (παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2β)

ΜΕΡΟΣ 2

Μέρος 2α: (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 1)

2ai) ΔΜΣ και σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς

2aii) Επιβεβαιώνω ότι ο ασθενής πληροί τις προϋποθέσεις a-c όπως περιγράφονται πιο κάτω:

- a. Άτομα >18 ετών
- b. Είδος Επέμβασης
 - Laparoscopic adjustable gastric banding ή
 - Roux-en-Y procedure up to 150 cm ή
 - Sleeve gastrectomy
- c. Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ≥ 40 ή ΔΜΣ ≥ 35 με συνοδά νοσήματα σχετικά με την παχυσαρκία, που περιλαμβάνουν:
 - Σακχαρώδη διαβήτη
 - Καρδιαγγειακή νόσο
 - Υπέρταση
 - Δυσλιπιδαιμία
 - Υπερουριχαιμία
 - Απειλητικά για τη ζωή καρδιοαναπνευστικά προβλήματα (για παράδειγμα, σοβαρή αποφρακτική άπνοια ύπνου, σύνδρομο Pickwickian, καρδιομυοπάθεια που σχετίζεται με την παχυσαρκία)

2aiii) Παρακαλώ σημειώστε το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί

2αιν) Επιβεβαιώνω ότι ο ασθενής έχει τύχει προεγχειρητικής ενημέρωσης για τα ρίσκα και τα οφέλη της επέμβασης καθώς και έχει καταρτιστεί πλάνο θεραπείας

2αν) Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες i-vi

- i. Έκθεση του θεράποντα ιατρού που να επιβεβαιώνει τη συμμετοχή στο παρελθόν σε πρόγραμμα απώλειας βάρους
- ii. Έκθεση από κλινικό διαιτολόγο ή άλλο επαγγελματία υγείας όπου επιβεβαιώνεται η ανεπαρκής απώλεια βάρους παρά την προσπάθεια με συντηρητική αγωγή (για παράδειγμα παρεμβάσεις τρόπου ζωής, περιλαμβανομένου του συνδυασμού δίαιτας, άσκησης και τροποποιήσεων της συμπεριφοράς)
- iii. Έκθεση προεγχειρητικής ιατρικής αξιολόγησης
- iv. Έκθεση ψυχολογικής αξιολόγησης από κατάλληλο επαγγελματία υγείας
- v. Βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό ότι έγινε προεγχειρητική ενημέρωση αναφορικά με τα ρίσκα, τα οφέλη, τις ρεαλιστικές προσδοκίες και την ανάγκη για μακροχρόνια παρακολούθηση και τήρηση των νέων συμπεριφορών
- vi. Πλάνο θεραπείας ανάλογα με τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές ανάγκες του ατόμου

ΜΕΡΟΣ 2β: (να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2)

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί

ΜΕΡΟΣ 3

Επιβεβαιώνω ότι*
ισχύει η δήλωση 1, έχω απαντήσει στο μέρος 2αι - 2αν και έχω επισυνάψει όλα τα απαραίτητα έγγραφα / ισχύει η δήλωση 2.

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες.*