

Περιεχόμενα

Γαστρεντερολογία

99201	3
99202:	4
99203:	5
99204:	6
99205:	7
99212:	8
99213:	9
99214:	10
99215:	11
CY287	12
99441:	13
43239:	14
43239-53:	16
43243:	18
43244:	20
43247:	22
43249:	24
43251:	26
43255:	28
43760:	30
44388:	31
44405:	33
45300:	35
45330:	36
45331:	38
45378:	40
45378-52:	42
45378-53:	44
45380:	46
45381:	48
45382:	50
45385:	52

45386:	54
45390:	56
46500:	58
49082:	59
91010:	60
91034:	61
91035:	62
91038	63
91110:	65
91122:	68
96360:	69
96361:	70
96365:	71
96366	72
CY089-GASTRO:	73
CY093:	74
CY094:	77
CY095:	80
CY108:	83
CY109:	85
CY110:	88
CY111:	91
CY112:	94
CY207:	96
CY208:	98
CY209:	100
CY210:	101
CY212:	102
CY213:	105
CY214:	108
CY215:	111
CY293	114
CY294	123
CY295	132

Γαστρεντερολογία

99201: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; Straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are self-limited or minor. Typically, 10 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς ενδοσκόπησης 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390 στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99202: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; Straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of low to moderate severity. Typically, 20 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς ενδοσκόπησης 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390 στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99203: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate severity. Typically, 30 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς ενδοσκόπησης 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760,44388,44405,45300,45330,45 331,45378,45378-52,45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390 στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99204: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 45 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς ενδοσκόπησης 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760,44388,44405,45300,45330,45 331,45378,45378-52,45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390 στην ίδια απαίτηση.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 5% των μηνιαίων επισκέψεων των Γαστρεντερολόγων.

Γαστρεντερολογία

99205: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 60 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς ενδοσκόπησης 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760,44388,44405,45300,45330,45 331,45378,45378-52,45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390 στην ίδια απαίτηση.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 3% των μηνιαίων επισκέψεων των Γαστρεντερολόγων.

Γαστρεντερολογία

99212: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; Straightforward medical decision making. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are self-limited or minor. Typically, 10 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99213: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; Medical decision making of low complexity. Counseling and coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of low to moderate severity. Typically, 15 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99214: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of moderate complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 25 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

99215: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of high complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate to high severity. Typically, 40 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

CY287: Consultation visit as a result of the Colorectal Cancer Screening Programme

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Χρήση κωδικού επίσκεψης σε δικαιούχους με θετική εξέταση κοπράνων FIT η οποία διενεργήθηκε στο πλαίσιο του Πληθυσμιακού Προγράμματος ανίχνευσης καρκίνου παχέος εντέρου.
- Ο κωδικός αυτός αφορά στην πρώτη επίσκεψη όπου αξιολογείται η ανάγκη διενέργειας κολonosκόπησης, καθώς και για την επίσκεψη όπου διενεργείται η κολonosκόπηση (σε περίπτωση όπου αυτό κριθεί αναγκαίο).
- Τυχόν παραπεμπτικά τα οποία προκύπτουν σε περίπτωση διενέργειας κολonosκόπησης (π.χ. παραπομπή σε ιστοπαθολόγο) θα πρέπει να εκδίδονται στο πλαίσιο της επίσκεψης αυτής.

Γαστρεντερολογία

99441: Telephone evaluation and management service by a physician or other qualified health care professional who may report evaluation and management services provided to an established patient, parent, or guardian not originating from a related E/M service provided within the previous 7 days nor leading to an E/M service or procedure within the next 24 hours or soonest available appointment; 5-10 minutes of medical discussion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

43239: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastreterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαιρέση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ενδεικτικός ελάχιστος αναμενόμενος χρόνος γαστροσκόπησης: 20 λεπτά.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43244, 43247, 43249, 43251.

- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου λαβίδα βιοψίας, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, E01.0, E01.2, K57.9, K57.8, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, K42.9, K52.2, K52.8, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R05, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2.

Γαστρεντερολογία

43239-53: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση crt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastreterology.pdf>
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαιρέση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ενδεικτικός ελάχιστος αναμενόμενος χρόνος γαστροσκόπησης: 20 λεπτά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται στις περιπτώσεις όπου η ενδοσκόπηση δεν ολοκληρώθηκε, για σκοπούς ασφαλείας του ασθενή.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43244, 43247, 43249, 43251.

- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου λαβίδα βιοψίας, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, E01.0, E01.2, K57.9, K57.8, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, K42.9, K52.2, K52.8, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R05, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2.

Γαστρεντερολογία

43243: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ενδεικτικός ελάχιστος αναμενόμενος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43239, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο

δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

43244: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with band ligation of esophageal/gastric varices.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση crt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43239, 43243, 43249, 43251, 43255, 43247.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο

δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

43247: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with removal of foreign body(s).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Απαιτείται περιγραφή στις κλινικές σημειώσεις και φωτοτεκμηρίωση της αφαίρεσης.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43239, 43243, 43244, 43249, 43251, 43255.

- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: R10.2, R10.3, R16.0, R16.2.

Γαστρεντερολογία

43249: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with transendoscopic balloon dilation of esophagus (less than 30 mm diameter).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43239, 43243, 43244, 43247, 43251, 43255.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο

δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

43251: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with removal of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) by snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαιρέση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43239, 43243, 43244, 43247, 43249, 43255.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου,

Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

43255: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with control of bleeding, any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43249, 43251, 43243, 43244, 43247.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη,

μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

43760: Change of gastrostomy tube, percutaneous, without imaging or endoscopic guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G80.9, R47.0, R10.2, R10.3.

Γαστρεντερολογία

44388: Colonoscopy through stoma; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 44405.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT,

Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

44405: Colonoscopy through stoma; with transendoscopic balloon dilation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 44388.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι,

Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45300: Proctosigmoidoscopy, rigid; diagnostic, with or without collection of specimen(s) by brushing or washing (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.6, D07.5, K29.7, K29.9, R10.1, R10.2, R10.3, R19.4, R19.8, R30.0, R30.9.

Γαστρεντερολογία

45330: Sigmoidoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 20 λεπτά.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με οποιαδήποτε άλλη από τις δραστηριότητες σιγμοειδοσκοπήσεων ή κολonosκοπήσεων (45331).
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη,

προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.7, K62.8, K62.9, R03.0, R10.3, R19.5.

Γαστρεντερολογία

45331: Sigmoidoscopy, flexible; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 20 λεπτά.
- Δεν μπορεί να κατατεθεί με τις δραστηριότητες: 45330
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον

υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K60.3, K60.4, K60.5, K62.5.

Γαστρεντερολογία

45378: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα κολονοσκόπησης.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT,

Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45378-52: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Σε περίπτωση που η εξέταση κολonosκόπησης πέρασε τη σπληνική καμπή αλλά δεν τερμάτισε στο τυφλό.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη,

προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45378-53: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Σε περίπτωση που δεν ολοκληρώθηκε η κολonosκόπηση, για σκοπούς ασφαλείας του ασθενή.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αιαισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκοπήση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel

Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45380: Colonoscopy, flexible; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Απαιτείται επαρκής τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45381, 45382, 45385, 45388, 45390.

- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου λαβίδα βιοψίας, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.

- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις

- Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, K57.9, R19.5, R86.0, R86.2, R86.8, B96.8, K59.4, K57.8, K59.9, K60.3, K60.4, K60.5, K62.2, K62.3, K62.5, K62.8, K29.7, K30, K31.8, K44.9, K52.2, K52.8, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R86.1, R86.9, R94.5, R10.0, R10.1, R10.3, R16.1, R16.2, R19.0.
- Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: D50.0, K59.0, R19.4.

Γαστρεντερολογία

45381: Colonoscopy, flexible; with directed submucosal injection(s), any substance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45382, 45385, 45388, 45390.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.

- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K59.4, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9.

Γαστρεντερολογία

45382: Colonoscopy, flexible; with control of bleeding, any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45385, 45388, 45390.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.

- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45385: Colonoscopy, flexible; with removal of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) by snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45382, 45388, 45390.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος των αναλωσίμων snare και needle injector, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται πλέον ως ξεχωριστοί κωδικοί στον κατάλογο δραστηριοτήτων.

- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K57.9, K59.0, K57.8, K62.2, K62.3, K62.8, K21.0, K21.9, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5.

Γαστρεντερολογία

45386: Colonoscopy, flexible; with transendoscopic balloon dilation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη,

προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

45390: Colonoscopy, flexible; with endoscopic mucosal resection.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋπόθεση αποζημίωσης ενδοσκοπήσεων αποτελεί η συμπλήρωση και αποστολή στον ΟΑΥ της Βεβαίωσης Ενδοσκοπικής Μονάδας στην ηλεκτρονική διεύθυνση cpt@hio.org.cy. Το εν λόγω έντυπο περιλαμβάνεται στη σχετική ανακοίνωση του ΟΑΥ για το θέμα και είναι διαθέσιμο στον σύνδεσμο <https://www.gesy.org.cy/el-gr/announcementdef/20210713-os-announcement-gastrenterology.pdf>
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μπορεί να διενεργηθεί επανάληψη σε διάστημα 3 μηνών, αλλιώς κάθε 1 χρόνο.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 60 λεπτά.
- Χρησιμοποιείται σε περίπτωση αφαίρεσης πολύποδων ≤ 2 εκ και > 1 εκ. Στις περιπτώσεις όπου οι αλλοιώσεις είναι > 2 εκ, η όλη νοσηλεία θα πρέπει να κωδικοποιείται με το σύστημα DRG με βάση τις αρχές κωδικοποίησης.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45382, 45385, 45388.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος των αναλωσίμων *snare* και *needle injector*, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται πλέον ως ξεχωριστοί κωδικοί στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Γαστρεντερολογία

46500: Injection of sclerosing solution, hemorrhoids.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Γαστρεντερολογία

49082: Abdominal paracentesis (diagnostic); without imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Γαστρεντερολογία

91010: Esophageal motility (manometric study of the esophagus and/or gastroesophageal junction) study with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Απαιτείται επαρκής τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τον κωδικό 91038 στα πλαίσια της ίδιας απαίτησης, μόνο εφόσον πληρείται τουλάχιστον μια εκ των πιο κάτω ενδείξεων:
 - Οπισθοστερνικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας- μετά την ολοκλήρωση της διερεύνησης από καρδιολόγο προς αποκλεισμό καρδιολογικού αίτιου
 - Προεγχειρητική αξιολόγηση της λειτουργικότητας του οισοφάγου σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε θολοπλαστική για την διόρθωση διαφραγματοκήλης ή γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης
 - Μετεγχειρητική αξιολόγηση της λειτουργικότητας του οισοφάγου σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις που αφορούν τον οισοφάγο ή το στομάχι (π.χ. μετά από θολοπλαστική, μυστομή Heller, κ.α.)
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: R10.1, R10.2, R10.3.

Γαστρεντερολογία

91034: Esophagus, gastroesophageal reflux test; with nasal catheter pH electrode(s) placement, recording, analysis and interpretation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

91035: Esophagus, gastroesophageal reflux test; with mucosal attached telemetry pH electrode placement, recording, analysis and interpretation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Απαιτείται επαρκής τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις.
- Ο ασθενής δεν πρέπει να υποβληθεί σε MRI εντός 30 ημερών.
- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τον κωδικό CY209.

Γαστρεντερολογία

91038: Esophageal function test, gastroesophageal reflux test with nasal catheter intraluminal impedance electrode(s) placement, recording, analysis and interpretation; prolonged (greater than 1 hour, up to 24 hours).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τον κωδικό 91010 στα πλαίσια της ίδιας απαίτησης, μόνο εφόσον πληρείται τουλάχιστον μια εκ των πιο κάτω ενδείξεων:
 - Οπισθοστερνικός πόνος μη καρδιακής αιτιολογίας- μετά την ολοκλήρωση της διερεύνησης από καρδιολόγο προς αποκλεισμό καρδιολογικού αίτιου
 - Προεγχειρητική αξιολόγηση της λειτουργικότητας του οισοφάγου σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε θολοπλαστική για την διόρθωση διαφραγματοκήλης ή γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης
 - Μετεγχειρητική αξιολόγηση της λειτουργικότητας του οισοφάγου σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις που αφορούν τον οισοφάγο ή το στομάχι (π.χ. μετά από θολοπλαστική, μυστομή Heller, κ.α.)

- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τον κωδικό CY210.

Γαστρεντερολογία

91110: Gastrointestinal tract imaging, intraluminal (e.g., capsule endoscopy), esophagus through ileum, with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με οποιαδήποτε άλλη από τις δραστηριότητες σιγμοειδοσκοπήσεων ή κολonosκοπήσεων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, R10.1.
- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.
- Μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς CY207 και CY208.

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ
ΚΑΨΟΥΛΑ

ΜΕΡΟΣ Α

Όνοματεπώνυμο ασθενή:.....

Αριθμός Ταυτότητας:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς:

.....

.....

.....

ΜΕΡΟΣ Β:

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη για την διενέργεια της δραστηριότητας όπως φαίνεται πιο κάτω:

- Σιδηροπενική αναιμία
- Μικροσκοπική ή εμφανής αιμορραγία πεπτικού
- Υποψία νόσου Crohn
- Σύνδρομο Peutz-Jeghers
- Κουλοκάκη
 - Υποψία
 - τεκμηριωμένη

Βεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την πιο πάνω ένδειξη.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο cpt@hio.org.cy

Γαστρεντερολογία

91122: Anorectal manometry.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K60.3, K60.4, K60.5, K62.5.
- Ο κωδικός CY089-GASTRO δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση.

Γαστρεντερολογία

96360: Intravenous infusion, hydration; initial, 31 minutes to 1 hour.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: A04.9, G62.9, E56.9, D50.9, J00, J22, J20.9, M43.0, N76.0, K64.9, K30, J01.9, J02.9, J06.9, J10.1, J11.1, R05, R51, R60.9, R09.8, R39.1, T78.3.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K29.0, M54.5, R42, R50.9.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς: 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 45600, 91010, 91034, 91035, 91038, 91110, 91122, CY089- GASTRO, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.

Γαστρεντερολογία

96361: Intravenous infusion, hydration; each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 για κάθε επιπλέον ώρα ενυδάτωσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς: 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 45600, 91010, 91034, 91035, 91038, 91110, 91122, CY089- GASTRO, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.

Γαστρεντερολογία

96365: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς στην ίδια απαίτηση: 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 45600, 91010, 91034, 91035, 91038, 91110, 91122, 96360, 96391 CY089- GASTRO, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.

Γαστρεντερολογία

96366: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96365 για κάθε επιπλέον ώρα έγχυσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς στην ίδια απαίτηση: 43239, 43239-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300,45330,45331,45378,4537 8-52,45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 45600, 91010, 91034, 91035, 91038, 91110, 91122, 96360, 96391 CY089- GASTRO, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.

Γαστρεντερολογία

CY089-GASTRO: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 91034,91035,91038,91110,91122 και 99441 στην ίδια απαίτηση.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).

Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

Γαστρεντερολογία

CY093: Ink injection for marking of gastrointestinal lesions.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45381, 45382, 45385, 45390.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY094: Endoscopic clip (small).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY095: Endoscopic clip (large).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY108: Single-use high pressure balloon dilator.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43249, 44405, 45386.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολόγιου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Γαστρεντερολογία

CY109: Endoscopic band ligator.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τον κωδικό: 43244.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Όνοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY110: Catheterization kit for APC.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY111: Gastrostomy feeding tube.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.



Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Γαστρεντερολογία

CY112: Methylene blue.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45381, 45382, 45385, 45390.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Γαστρεντερολογία

CY207: Olympus/ Scientronic/ Given

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91110.
- Θα αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση βεβαίωσης για το είδος του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.
- Διευκρινίζεται ότι η μόνη περίπτωση όπου ο κωδικός υποβάλλεται για την χρήση της ενδοσκοπικής κάψουλας Given, είναι όταν πραγματοποιείται μέσω ενοικίασης και του σχετικού εξοπλισμού ανάλυσης των αποτελεσμάτων της εξέτασης. Στις περιπτώσεις όπου ο πάροχος διαθέτει ήδη τον απαραίτητο εξοπλισμό και χρησιμοποιεί την κάψουλα της εν λόγω εταιρείας, η υποβολή απαίτησης αποζημίωσης πρέπει να περιλαμβάνει τον κωδικό CY208.

Βεβαίωση είδους εξοπλισμού για τη διενέργεια της απεικόνισης με
Ενδοσκοπική κάψουλα

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Παρακαλώ υποδείξετε (v) το είδος εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση με
ενδοσκοπική κάψουλα :

1. Olympus/ Scientronic

2. Given

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Το έντυπο να αποσταλεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με ηλεκτρονική αλληλογραφία, στη
διεύθυνση: cpt@hio.org.cy

Γαστρεντερολογία

CY208: Given

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91110.
- Θα αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση βεβαίωσης για το είδος του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.

Βεβαίωση είδους εξοπλισμού για τη διενέργεια της απεικόνισης με
Ενδοσκοπική κάψουλα

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Παρακαλώ υποδείξετε (v) το είδος εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση με
ενδοσκοπική κάψουλα :

3. Olympus/ Scientronic

4. Given

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Το έντυπο να αποσταλεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με ηλεκτρονική αλληλογραφία, στη
διεύθυνση: cpt@hio.org.cy

Γαστρεντερολογία

CY209: pH catheter

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91035.
- Θα αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.

Γαστρεντερολογία

CY210: Impedance Catheter

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91038.
- Θα αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.

Γαστρεντερολογία

CY212: Endoscopic Ultrasound (EUS)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα πέραν των δραστηριοτήτων που αφορούν στις επισκέψεις (πρώτη επίσκεψη και επίσκεψη επαναξιολόγησης).

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας/ιστορικού του ασθενούς:

.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β

Ενδείξεις

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη/ενδείξεις για την οποία προτίθεστε να διενεργήσετε την εν λόγω διεργασία:

- EUS +/- FNB Αξιολόγηση ανωμαλιών του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου.
- EUS +/- FNB Αξιολόγηση αλλοιώσεων φύματος Vater όταν η αρχική απεικόνιση και οι βιοψίες δεν είναι σε θέση να προσφέρουν διάγνωση ή να αποκλείσουν την κακοήθεια.
- EUS FNB - Βιοψία μάζας παγκρέατος στην οποία η διάγνωση δεν είναι σαφής ή σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και υπάρχει ανησυχία για αγγειακή συμμετοχή (τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα) και η βιοψία είναι απαραίτητη για πιθανή νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.
- EUS +/- FNA/FNB σε παγκρεατικές κύστες > 2 cm ή σε οποιαδήποτε παγκρεατική κύστη με ανησυχητικά χαρακτηριστικά, όπως πάχυνση τοιχώματος, διατεταμένοι πόροι, οζίδια τοιχώματος, όπου τα αποτελέσματα της EUS μπορεί να αλλάξουν τη διαχείριση του ασθενούς.
- Αξιολόγηση με EUS FNB των υποβλεννογονίων αλλοιώσεων > 2 cm σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή εξετάζονται για νεοεπικουρική θεραπεία.
- EUS για τη σταδιοποίηση όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου ή του ορθού, σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν τη διαχείριση.

- EUS FNA για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος σε περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας ή πόνου που σχετίζεται με κακοήθεια.

- EUS FNB λεμφαδένων ή μαζών που γειτνιάζουν με τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπου είναι προσβάσιμες.

- EUS FNB για πάχυνση του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα και υποψία κακοήθειας με βάση τα αποτελέσματα της απεικόνισης και της γαστροσκόπησης, σε περιπτώσεις όπου η αρχική γαστροσκόπηση με βιοψίες δεν είναι διαγνωστική.

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την επιλογή σας πιο πάνω, όπως αυτές προβλέπονται από τη σχετική κατευθυντήρια οδηγία.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο cpt@hio.org.cy.

Γαστρεντερολογία

CY213: Endoscopic Ultrasound (EUS) w FNA

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα πέραν των δραστηριοτήτων που αφορούν στις επισκέψεις (πρώτη επίσκεψη και επίσκεψη επαναξιολόγησης).

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας/ιστορικού του ασθενούς:

.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β

Ενδείξεις

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη/ενδείξεις για την οποία προτίθεστε να διενεργήσετε την εν λόγω διεργασία:

- EUS +/- FNB Αξιολόγηση ανωμαλιών του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου.
- EUS +/- FNB Αξιολόγηση αλλοιώσεων φύματος Vater όταν η αρχική απεικόνιση και οι βιοψίες δεν είναι σε θέση να προσφέρουν διάγνωση ή να αποκλείσουν την κακοήθεια.
- EUS FNB - Βιοψία μάζας παγκρέατος στην οποία η διάγνωση δεν είναι σαφής ή σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και υπάρχει ανησυχία για αγγειακή συμμετοχή (τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα) και η βιοψία είναι απαραίτητη για πιθανή νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.
- EUS +/- FNA/FNB σε παγκρεατικές κύστες > 2 cm ή σε οποιαδήποτε παγκρεατική κύστη με ανησυχητικά χαρακτηριστικά, όπως πάχυνση τοιχώματος, διατεταμένοι πόροι, οζίδια τοιχώματος, όπου τα αποτελέσματα της EUS μπορεί να αλλάξουν τη διαχείριση του ασθενούς.
- Αξιολόγηση με EUS FNB των υποβλεννογονίων αλλοιώσεων > 2 cm σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή εξετάζονται για νεοεπικουρική θεραπεία.
- EUS για τη σταδιοποίηση όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου ή του ορθού, σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν τη διαχείριση.

- EUS FNA για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος σε περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας ή πόνου που σχετίζεται με κακοήθεια.

- EUS FNB λεμφαδένων ή μαζών που γειτνιάζουν με τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπου είναι προσβάσιμες.

- EUS FNB για πάχυνση του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα και υποψία κακοήθειας με βάση τα αποτελέσματα της απεικόνισης και της γαστροσκόπησης, σε περιπτώσεις όπου η αρχική γαστροσκόπηση με βιοψίες δεν είναι διαγνωστική.

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την επιλογή σας πιο πάνω, όπως αυτές προβλέπονται από τη σχετική κατευθυντήρια οδηγία.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο cpt@hio.org.cy.

Γαστρεντερολογία

CY214: Endoscopic Ultrasound (EUS) w FNB

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα πέραν των δραστηριοτήτων που αφορούν στις επισκέψεις (πρώτη επίσκεψη και επίσκεψη επαναξιολόγησης).

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας/ιστορικού του ασθενούς:

.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β

Ενδείξεις

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη/ενδείξεις για την οποία προτίθεστε να διενεργήσετε την εν λόγω διεργασία:

- EUS +/- FNB Αξιολόγηση ανωμαλιών του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου.
- EUS +/- FNB Αξιολόγηση αλλοιώσεων φύματος Vater όταν η αρχική απεικόνιση και οι βιοψίες δεν είναι σε θέση να προσφέρουν διάγνωση ή να αποκλείσουν την κακοήθεια.
- EUS FNB - Βιοψία μάζας παγκρέατος στην οποία η διάγνωση δεν είναι σαφής ή σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και υπάρχει ανησυχία για αγγειακή συμμετοχή (τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα) και η βιοψία είναι απαραίτητη για πιθανή νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.
- EUS +/- FNA/FNB σε παγκρεατικές κύστες > 2 cm ή σε οποιαδήποτε παγκρεατική κύστη με ανησυχητικά χαρακτηριστικά, όπως πάχυνση τοιχώματος, διατεταμένοι πόροι, οζίδια τοιχώματος, όπου τα αποτελέσματα της EUS μπορεί να αλλάξουν τη διαχείριση του ασθενούς.
- Αξιολόγηση με EUS FNB των υποβλεννογονίων αλλοιώσεων > 2 cm σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή εξετάζονται για νεοεπικουρική θεραπεία.
- EUS για τη σταδιοποίηση όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου ή του ορθού, σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν τη διαχείριση.

- EUS FNA για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος σε περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας ή πόνου που σχετίζεται με κακοήθεια.

- EUS FNB λεμφαδένων ή μαζών που γειτνιάζουν με τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπου είναι προσβάσιμες.

- EUS FNB για πάχυνση του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα και υποψία κακοήθειας με βάση τα αποτελέσματα της απεικόνισης και της γαστροσκόπησης, σε περιπτώσεις όπου η αρχική γαστροσκόπηση με βιοψίες δεν είναι διαγνωστική.

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την επιλογή σας πιο πάνω, όπως αυτές προβλέπονται από τη σχετική κατευθυντήρια οδηγία.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο cpt@hio.org.cy.

Γαστρεντερολογία

CY215: Endoscopic Ultrasound (EUS) w FNA and FNB

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να υποβληθεί με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα πέραν των δραστηριοτήτων που αφορούν στις επισκέψεις (πρώτη επίσκεψη και επίσκεψη επαναξιολόγησης).

ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας/ιστορικού του ασθενούς:

.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β

Ενδείξεις

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη/ενδείξεις για την οποία προτίθεστε να διενεργήσετε την εν λόγω διεργασία:

- EUS +/- FNB Αξιολόγηση ανωμαλιών του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου.
- EUS +/- FNB Αξιολόγηση αλλοιώσεων φύματος Vater όταν η αρχική απεικόνιση και οι βιοψίες δεν είναι σε θέση να προσφέρουν διάγνωση ή να αποκλείσουν την κακοήθεια.
- EUS FNB - Βιοψία μάζας παγκρέατος στην οποία η διάγνωση δεν είναι σαφής ή σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και υπάρχει ανησυχία για αγγειακή συμμετοχή (τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα) και η βιοψία είναι απαραίτητη για πιθανή νεοεπικουρική χημειοθεραπεία.
- EUS +/- FNA/FNB σε παγκρεατικές κύστες > 2 cm ή σε οποιαδήποτε παγκρεατική κύστη με ανησυχητικά χαρακτηριστικά, όπως πάχυνση τοιχώματος, διατεταμένοι πόροι, οζίδια τοιχώματος, όπου τα αποτελέσματα της EUS μπορεί να αλλάξουν τη διαχείριση του ασθενούς.
- Αξιολόγηση με EUS FNB των υποβλεννογονίων αλλοιώσεων > 2 cm σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή εξετάζονται για νεοεπικουρική θεραπεία.
- EUS για τη σταδιοποίηση όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου ή του ορθού, σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν τη διαχείριση.

- EUS FNA για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος σε περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας ή πόνου που σχετίζεται με κακοήθεια.
- EUS FNB λεμφαδένων ή μαζών που γειτνιάζουν με τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπου είναι προσβάσιμες.
- EUS FNB για πάχυνση του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα και υποψία κακοήθειας με βάση τα αποτελέσματα της απεικόνισης και της γαστροσκόπησης, σε περιπτώσεις όπου η αρχική γαστροσκόπηση με βιοψίες δεν είναι διαγνωστική.

Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την επιλογή σας πιο πάνω, όπως αυτές προβλέπονται από τη σχετική κατευθυντήρια οδηγία.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο cpt@hio.org.cy.

Γαστρεντερολογία

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services - Normal Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Κανονικά περιστατικά: σημαίνει περιστατικά για τα οποία η λήψη της προτεινόμενης υπηρεσίας δεν περιορίζεται σε στενά χρονικά πλαίσια. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 15 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY294 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) 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):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
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.	
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: -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.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου		<input type="checkbox"/>	
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας	ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται	ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας	ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	
Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.			
(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.	ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	
B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό: <48 ώρες <input type="checkbox"/>	Επείγον περιστατικό: <7ημέρες <input type="checkbox"/>	Κανονικό Περιστατικό: <input type="checkbox"/>
B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

<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 προκαταρτικό 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.

NAME:	
--------------	--

ID NUMBER:	
-------------------	--

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

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

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

Medical Historyⁱ:	
-------------------------------------	--

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	
--	--

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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 πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγτιδική 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 σπυρομέτρηση, 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,

- DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κισμών οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.

Γαστρεντερολογία

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Επείγοντα περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείριση εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) 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):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
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.	
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,	

<p>-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.</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>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></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 προκαταρτικό 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.

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History¹:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations¹:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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 πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγτιδική 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,

- DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κίρσων οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.

Γαστρεντερολογία

CY295: Preapproval request for overseas healthcare services – Life threatening Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Απειλητικά για τη ζωή περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 2 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 24 ωρών.
- Μέχρι 30 ενδοσκοπήσεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων και αυτών που διενεργούνται αργίες και Σαββατοκύριακα, με μέγιστο αριθμό ενδοσκοπήσεων 120 ανά μήνα.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι 360 επισκέψεις ανά μήνα (συμπεριλαμβανομένων και των επισκέψεων κατά τη διάρκεια των οποίων διενεργήθηκαν ενδοσκοπήσεις).
- Μέγιστο ποσοστό παραπομπής για διενέργεια εξετάσεων MRI και CT είναι το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) 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):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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: -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</p>	

<p>-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.</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>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></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 προκαταρτικό 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.

NAME:		
ID NUMBER:		
Gender:	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
DOB:		
Diagnosis:		
Medical History¹:		
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations¹:		

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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 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,

-
- *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - DEXA
 - Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κίρσων οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.