

## Περιεχόμενα

### Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

|        |    |
|--------|----|
| 99201: | 6  |
| 99202: | 7  |
| 99203: | 8  |
| 99204: | 9  |
| 99205: | 10 |
| 99350: | 11 |
| 99212: | 12 |
| 99213: | 13 |
| 99214: | 14 |
| 99215: | 15 |
| 99441: | 16 |
| CY284: | 17 |
| 10021: | 18 |
| 10022: | 20 |
| 10060: | 22 |
| 10061: | 23 |
| 10120: | 24 |
| 10121: | 25 |
| 10160: | 26 |
| 11102: | 27 |
| 11103: | 29 |
| 11104: | 31 |
| 11105: | 33 |
| 11106: | 35 |
| 11107: | 37 |
| CY170  | 39 |
| CY171  | 41 |
| CY172  | 43 |
| CY173  | 45 |

|               |    |
|---------------|----|
| <b>11602:</b> | 47 |
| <b>11603:</b> | 48 |
| <b>11604:</b> | 49 |
| <b>11606:</b> | 50 |
| <b>11620:</b> | 51 |
| <b>11621:</b> | 52 |
| <b>11622:</b> | 53 |
| <b>11623:</b> | 54 |
| <b>11624:</b> | 55 |
| <b>11626:</b> | 56 |
| <b>11640:</b> | 57 |
| <b>11641:</b> | 58 |
| <b>11642:</b> | 59 |
| <b>11643:</b> | 60 |
| <b>11644:</b> | 61 |
| <b>11646:</b> | 62 |
| <b>11730:</b> | 63 |
| <b>11732:</b> | 64 |
| <b>11750:</b> | 65 |
| <b>11755:</b> | 66 |
| <b>12001:</b> | 67 |
| <b>12002:</b> | 68 |
| <b>12004:</b> | 69 |
| <b>12011:</b> | 70 |
| <b>12013:</b> | 71 |
| <b>12014:</b> | 72 |
| <b>12020:</b> | 73 |
| <b>12021:</b> | 74 |
| <b>16000:</b> | 75 |
| <b>16020:</b> | 76 |
| <b>16025:</b> | 77 |
| <b>16030:</b> | 78 |
| <b>19000:</b> | 79 |
| <b>19083:</b> | 80 |
| <b>19084:</b> | 84 |
| <b>19100:</b> | 85 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| <b>19100-51</b> ..... | 86  |
| <b>19101:</b> .....   | 87  |
| <b>19285</b> .....    | 88  |
| <b>19286</b> .....    | 89  |
| <b>20520:</b> .....   | 90  |
| <b>24200:</b> .....   | 91  |
| <b>26160:</b> .....   | 92  |
| <b>27086:</b> .....   | 93  |
| <b>27630:</b> .....   | 94  |
| <b>28090:</b> .....   | 95  |
| <b>28190:</b> .....   | 96  |
| <b>37609:</b> .....   | 97  |
| <b>38500:</b> .....   | 98  |
| <b>38505:</b> .....   | 99  |
| <b>42400:</b> .....   | 100 |
| <b>42405:</b> .....   | 101 |
| <b>43760:</b> .....   | 102 |
| <b>44388:</b> .....   | 103 |
| <b>44405:</b> .....   | 104 |
| <b>45300:</b> .....   | 105 |
| <b>45305:</b> .....   | 106 |
| <b>45307:</b> .....   | 107 |
| <b>45308:</b> .....   | 108 |
| <b>45309:</b> .....   | 109 |
| <b>45315:</b> .....   | 110 |
| <b>45317:</b> .....   | 111 |
| <b>45320:</b> .....   | 112 |
| <b>45330:</b> .....   | 113 |
| <b>45331:</b> .....   | 114 |
| <b>45332:</b> .....   | 115 |
| <b>45333:</b> .....   | 116 |
| <b>45334:</b> .....   | 117 |
| <b>45335:</b> .....   | 118 |
| <b>45338:</b> .....   | 119 |
| <b>45340:</b> .....   | 120 |
| <b>45520:</b> .....   | 121 |

|        |     |
|--------|-----|
| 46083: | 122 |
| 46221: | 123 |
| 46500: | 124 |
| 46600: | 125 |
| 46601: | 126 |
| 46604: | 127 |
| 46607: | 128 |
| 46608: | 129 |
| 46610: | 130 |
| 46611: | 131 |
| 46612: | 132 |
| 46615: | 133 |
| 46930: | 134 |
| 51102: | 135 |
| 51701: | 136 |
| 51702: | 137 |
| 51703: | 138 |
| 54100: | 139 |
| 60100: | 140 |
| 64721: | 141 |
| 67810: | 142 |
| 69100: | 143 |
| 76536: | 144 |
| 76700: | 145 |
| 76770: | 147 |
| 76870: | 148 |
| 76942: | 149 |
| 97597: | 150 |
| 97598: | 152 |
| 97602: | 153 |
| CY089: | 154 |
| CY125: | 156 |
| CY155: | 158 |
| CY260  | 160 |
| CY261  | 164 |
| CY277  | 165 |

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>CY278 .....</b> | <b>168</b> |
| <b>CY280 .....</b> | <b>169</b> |
| <b>CY293 .....</b> | <b>170</b> |
| <b>CY294 .....</b> | <b>179</b> |
| <b>CY295 .....</b> | <b>188</b> |

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

99350: Home visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components:1.A comprehensive interval history;2.A comprehensive examination;3.Medical decision making of moderate to 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. The patient may be unstable or may have developed a significant new problem requiring immediate physician attention. 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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

CY284: Postoperative visit within <30 days from discharge

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεδομένης της μη δυνατότητας υποβολής επίσκεψης μέχρι 30 ημέρες από το εξιτήριο του δικαιούχου μετά από χειρουργική επέμβαση και προκειμένου να πραγματοποιείται η αξιολόγηση του ασθενούς καθώς και η παραπομπή του σε φυσιοθεραπεία εκεί και όπου χρειάζεται μετά το εξιτήριό του από το νοσηλευτήριο, ο ιατρός δύναται να ανοίξει επίσκεψη σε <30 ημέρες από το εξιτήριο με τον κωδικό αυτό.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με τον κωδικό CY280 με την διάγνωση Z98.8.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

10021: Fine needle aspiration biopsy, without imaging guidance; first lesion.

- 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.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 10022.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης  
χωρίς απεικονιστική καθοδήγηση**

**(για τον κωδικό 10021)**

\*Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....



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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

10022: Fine needle aspiration; with imaging guidance.

- 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.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 10021.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης  
με απεικονιστική καθοδήγηση**

**(για τον κωδικό 10022)**

\*Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....



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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

10060: Incision and drainage of abscess (e.g., carbuncle, suppurative hidradenitis, cutaneous or subcutaneous abscess, cyst, furuncle, or paronychia); simple or single.

- 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.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.1, B35.4, B35.5, B35.8, I10, N63, J30.0, K60.3, K60.4, K60.5, J44.1, K02.9, K04.0, K04.7, L20.0, L20.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8, R10.3, R21.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: N61, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

10061: Incision and drainage of abscess (e.g., carbuncle, suppurative hidradenitis, cutaneous or subcutaneous abscess, cyst, furuncle, or paronychia); complicated or multiple.

- 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.1, B35.2, B35.3, B35.9, H26.9, E01.1, E04.2, K62.5, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, L20.0, L20.9, L23.9, L98.9, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, S31.0, R07.0, R59.0, R59.1, R59.9, R94.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

10120: Incision and removal of foreign body, subcutaneous tissues; simple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.9, H10.9, K58.0, K58.9, L02.9, L98.3, M54.5, L98.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, S31.0, R07.0, R23.8, S41.0, S96.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

10121: Incision and removal of foreign body, subcutaneous tissues; complicated.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L02.9, L98.3, L98.9, S41.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

10160: Puncture aspiration of abscess, hematoma, bulla, or cyst.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L30.9, L30.8, L98.3, L23.9, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, O86.0, R07.0, S96.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11102: Tangential biopsy of skin (eg, shave, scoop, saucerize, curette); single lesion

- 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.
- Αφορά στην εφαπτόμενη βιοψία για την αφαίρεση δείγματος επιδερμικού ιστού με ή χωρίς τμήματα του υποκείμενου χορίου.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11103: Tangential biopsy of skin (eg, shave, scoop, saucerize, curette); each separate/additional lesion (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.
- Αφορά στην εφαπτόμενη βιοψία για την αφαίρεση δείγματος επιδερμικού ιστού με ή χωρίς τμήματα του υποκείμενου χορίου για κάθε επιπλέον βλάβη, επιπρόσθετα του κωδικού 11102.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11104: Punch biopsy of skin (including simple closure, when performed); single lesion

- 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.
- Αφορά στην βιοψία με κυλινδρικό εργαλείο για έλεγχο και των βαθύτερων ιστών μέσω λήψης κυλινδρικού δείγματος δέρματος.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11105: Punch biopsy of skin (including simple closure, when performed); each separate/additional lesion (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.
- Αφορά στην βιοψία με κυλινδρικό εργαλείο για έλεγχο και των βαθύτερων ιστών μέσω λήψης κυλινδρικού δείγματος δέρματος, επιπρόσθετα του κωδικού 11104.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11106: Incisional biopsy of skin (eg, wedge) (including simple closure, when performed); single lesion

---

- 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.
- Αφορά στην βιοψία με τομή για την αφαίρεση δείγματος ιστού πλήρους πάχους μιας δερματικής βλάβης.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11107: Incisional biopsy of skin (eg, wedge) (including simple closure, when performed); each separate/additional lesion (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.
- Αφορά στην βιοψία με τομή για την αφαίρεση δείγματος ιστού πλήρους πάχους μιας δερματικής βλάβης, επιπρόσθετα του κωδικού 11106.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος**

**(Για τους κωδικούς 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107)**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι η εκτέλεση διαγνωστικής βιοψίας αφορά βλάβη που εκτέμνεται ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη εκτομή δερματικής βλάβης. Οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.



# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY170: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (first lesion)

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY171: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (each additional lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY170.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY172: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (first lesion)

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY173: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY172.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών**  
**(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:**

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
  - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
  - b. άλλων ανατομικών περιοχών ( π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

**Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει .....**

**Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11602: Excision, malignant lesion including margins, trunk, arms, or legs; excised diameter 1.1 to 2.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11603: Excision, malignant lesion including margins, trunk, arms, or legs; excised diameter 2.1 to 3.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11604: Excision, malignant lesion including margins, trunk, arms, or legs; excised diameter 3.1 to 4.0 cm.

---

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11606: Excision, malignant lesion including margins, trunk, arms, or legs; excised diameter over 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11620: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter 0.5 cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11621: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter 0.6 to 1.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11622: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter 1.1 to 2.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11623: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter 2.1 to 3.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11624: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter 3.1 to 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11626: Excision, malignant lesion including margins, scalp, neck, hands, feet, genitalia; excised diameter over 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11640: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 0.5 cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11641: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 0.6 to 1.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11642: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 1.1 to 2.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11643: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 2.1 to 3.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11644: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter 3.1 to 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

11646: Excision, malignant lesion including margins, face, ears, eyelids, nose, lips; excised diameter over 4.0 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004, 12011, 12014, 12015 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11730: Avulsion of nail plate, partial or complete, simple; single.

- 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.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I12.0, E11.9, E13.9, S31.0, R94.6, R22.0, R22.1, R22.2, O99.8, R22.9, S96.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11732: Avulsion of nail plate, partial or complete, simple; each additional nail plate (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 αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11750: Excision of nail and nail matrix, partial or complete (e.g., ingrown or deformed nail), for permanent removal.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, K21.9, R10.1, S96.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

11755: Biopsy of nail unit (e.g., plate, bed, matrix, hyponychium, proximal and lateral nail folds) (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

12001: Simple repair of superficial wounds of scalp, neck, axillae, external genitalia, trunk and/or extremities (including hands and feet); 2.5 cm or less.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 10120, 10121, 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107, 11602, 11603, 11604, 11606, 11620, 11621, 11622, 11623, 11624, 11626, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646, 26160, 27630, 28090, 28190, 64721 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, G93.3, N92.5, J34.0, J34.1, J34.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, L02.9, L98.3, N76.3, L98.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R03.0, R05, R06.2, R09.8, R16.0, R16.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

12002: Simple repair of superficial wounds of scalp, neck, axillae, external genitalia, trunk and/or extremities (including hands and feet); 2.6 cm to 7.5 cm.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 10120, 10121, 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107, 11602, 11603, 11604, 11606, 11620, 11621, 11622, 11623, 11624, 11626, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646, 26160, 27630, 28090, 28190, 64721 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E10.9, G93.3, N63, L98.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, O86.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

12004: Simple repair of superficial wounds of scalp, neck, axillae, external genitalia, trunk and/or extremities (including hands and feet); 7.6 cm to 12.5 cm.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 10120, 10121, 11102, 11103, 11104, 11105, 11106, 11107, 11602, 11603, 11604, 11606, 11620, 11621, 11622, 11623, 11624, 11626, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646, 26160, 27630, 28090, 28190, 64721 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N20.1, N20.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

12011: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 2.5 cm or less.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L98.9, R42, S41.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

12013: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 2.6 cm to 5.0 cm.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J06.9, R03.0, R19.8, S41.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

12014: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 5.1 cm to 7.5 cm.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644, 11646 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

12020: Treatment of superficial wound dehiscence; simple closure.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με την δραστηριότητα 12021.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K60.3, K60.4, K60.5, K29.7, K29.9, O90.1, R94.5.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

12021: Treatment of superficial wound dehiscence; with packing.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με την δραστηριότητα 12021.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.1, J32.4, J32.8, K58.0, K58.9, J44.1, O90.9, R09.3.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

16000: Initial treatment, first degree burn, when no more than local treatment is required.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z82.4, Z83.3, Z87.4, Z48.0, Z76.0, B35.3, B35.6, I10, D50.9, E75.6, E78.2, E78.5, E78.9, E78.4, E83.2, J30.0, J34.0, J34.1, J34.8, L02.3, L30.9, L30.8, L02.9, L08.8, L08.9, L55.0, L55.9, K30, M79.1, M79.7, L98.3, J06.9, L23.3, L23.9, L24.4, L66.3, M54.2, M54.5, M60.9, L98.9, L24.9, L25.1, L25.9, L30.0, L30.2, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.1, L73.8, K52.2, K52.8, S08.0, R06.5, R06.7, R06.8, R09.8, R10.1, R10.2, R10.3, R12, R19.6, S38.1, R30.0, R30.9, S56.2, S66.0, T28.0, T28.3, T28.5, T38.0, T37.8, T38.4, T39.0, T39.4, T39.9, T50.4, T50.9, T79.8, T79.9, T14.8, T14.9, T42.4, T42.6, T43.5, T21.2, T44.9, T45.0, T45.5, T46.3, T46.4, T46.6, T22.6, T47.1, T47.3, T47.6, T48.1, T48.2, T49.0, T49.1, T49.6, T36.0, T36.1, T36.8, T36.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

16020: Dressings and/or debridement of partial-thickness burns, initial or subsequent; small (less than 5% total body surface area).

- 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z04.1, Z04.3, Z12.3, Z13.1, Z13.2, Z87.1, Z87.4, Z87.8, Z91.8, Z32.0, Z48.0, Z76.0, B36.9, B49, B64, B89, G25.8, G58.8, G58.9, I10, D64.9, I48.0, I48.1, I48.2, I48.9, E55.9, E10.4, E10.9, E11.4, E11.9, H10.9, I86.1, I25.9, E13.9, D50.8, G04.1, I89.1, I95.9, E75.6, D53.8, D53.9, I73.9, E78.5, E78.9, E78.4, D58.9, E03.9, N91.3, N91.4, N91.5, J22, J30.0, J30.2, J32.9, J98.8, L02.1, L02.3, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.4, L30.8, N94.4, N94.5, N94.6, N97.9, M96.1, J39.8, J39.9, J45.9, L53.8, L55.1, M17.0, M47.1, M79.1, M79.7, M79.8, L92.8, L92.0, L98.0, L98.2, J06.9, L23.1, L23.5, L23.9, L24.5, K46.9, M54.2, M54.5, M54.8, M54.9, M60.9, L98.9, N43.3, L24.9, L25.3, L25.9, L26, L28.2, L30.0, L30.2, K52.2, K52.8, K52.9, M25.7, M86.6, M86.8, M06.4, S05.9, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S29.8, S29.9, S30.1, S32.1, R04.0, R06.5, R06.7, R06.8, S12.2, S12.9, S32.8, R12, R19.6, R21, R22.0, R22.1, R22.2, S50.8, S52.9, S77.1, S77.2, S19.8, S19.9, S38.0, S39.8, O99.8, Q70.1, R23.1, S02.3, S02.9, R22.9, R30.0, R30.9, S57.8, S66.0, S66.1, S66.2, S66.3, S66.4, S22.0, S22.2, S41.0, T25.6, T28.0, T28.5, T78.3, T79.8, T79.9, S96.2, T14.8, T14.9, T81.3, T82.8, T21.3, T22.3, S87.8, T07, T23.3, T23.4, T67.4, T67.5, Z95.5, Z98.8, E13.4.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

16025: Dressings and/or debridement of partial-thickness burns, initial or subsequent; medium (e.g., whole face or whole extremity, or 5% to 10% total body surface area).

- 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z82.4, Z83.3, Z48.0, Z51.8, I10, E55.9, E11.9, E13.9, I51.9, I89.0, E78.5, E78.4, N15.9, L02.3, L30.9, L30.8, N94.4, N94.5, N94.6, L02.9, L08.9, M79.1, M79.5, M79.7, L98.3, L98.4, J06.9, L23.9, M60.9, L98.9, N05.9, K21.0, L24.9, L25.9, L29.9, L30.0, L30.2, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R42, S63.1, S63.3, S64.2, S65.0, S65.1, S05.2, S05.3, S05.6, S05.8, S04.8, S06.2, S06.3, S06.8, S07.0, S07.9, S08.0, S08.8, S27.8, S29.8, S29.9, S30.0, S30.1, S30.8, S31.0, S31.1, S31.3, S45.3, S46.3, S49.8, S50.1, S70.9, S10.0, S09.8, S11.8, S13.4, S33.5, S33.6, S35.4, S00.2, S54.0, S77.2, S17.9, S19.8, S20.0, S20.1, S21.0, S37.5, S39.0, O99.2, O99.5, O99.6, O99.7, O99.8, S03.0, S03.2, S03.4, S56.2, S57.8, S59.8, S65.4, S66.0, S65.2, S66.9, S67.0, S68.1, S21.9, S23.3, S43.0, S43.2, S43.3, S93.0, S94.1, S96.0, T26.6, T26.8, T28.0, T88.7, T38.0, T38.3, T38.8, T50.5, T50.9, T52.3, T75.2, T75.3, T75.4, T78.2, T78.3, T78.8, T79.2, T79.6, T79.8, T79.9, T80.4, T88.8, S96.8, S96.9, S97.0, S96.2, T14.8, T14.9, T17.2, T18.0, T18.2, T18.4, T80.9, T54.3, T81.4, T81.9, T82.8, T31.1, T18.8, T18.9, T19.1, S83.1, S83.3, S84.1, T60.3, T19.3, T19.8, T19.9, T20.3, T20.7, T22.3, T83.1, T45.1, T45.5, T45.7, T46.5, T46.6, T61.9, T62.8, T63.4, T63.6, T63.9, T84.5, T84.7, S86.3, S87.8, S90.8, S91.2, T23.0, T23.5, T25.0, T85.6, T67.1, T67.2, T67.5, T67.6, T70.0, T88.6, N06.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

16030: Dressings and/or debridement of partial-thickness burns, initial or subsequent; large (e.g., more than 1 extremity, or greater than 10% total body surface area).

- 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z91.8, B48.8, I89.1, M79.1, M79.7, M60.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, S08.0, S41.0, T14.8, T14.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19000: Puncture aspiration of cyst of breast.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19083: Biopsy, breast, with placement of breast localization device(s) (e.g., clip, metallic pellet), when performed, and imaging of the biopsy specimen, when performed, percutaneous; first lesion, including ultrasound guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

## **Ερωτηματολόγιο για διενέργεια Βιοψίας Μαστού υπό αναρρόφηση (Vacuum assisted breast biopsy)**

(για κωδικό 19083)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια διαδερμικής βιοψίας μαστού υπό αναρρόφηση για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

### **Υπερηχογραφική Καθοδήγηση**

#### **A. Διαγνωστικές Ενδείξεις**

Ψηλαφητές ή μη αλλοιώσεις BIRADS κατηγορίας 3 (αφού τύχουν παρακολούθησης με υπερηχογράφημα για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών) και μικρές (έως 1εκ.) BIRADS 4A αλλοιώσεις, για τις οποίες ισχύει ένα εκ των πιο κάτω:

1. Ασθενείς που χρήζουν πλήρους εκτομής ένεκα του ότι:
  - a. προγραμματίζουν να τεκνοποιήσουν εντός των επόμενων 12 μηνών
  - b. η αλλοίωση αυξάνει σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης
2. Αλλοιώσεις <5mm με ακανθώδεις αποφύσεις ή με διαταραχή της αρχιτεκτονικής
3. Μονήρης επιπλεγμένη κυστική περιοχή εντός, υπό άλλες συνθήκες, φυσιολογικού παρεγχύματος και αφού έχει προηγηθεί βιοψία με κόπτουσα βελόνα (core-needle biopsy)
4. Αλλοιώσεις εγγύς της θηλής, του θωρακικού τοιχώματος, του δέρματος ή της μασχαλιαίας περιοχής
5. Σε περίπτωση ασυμφωνίας μεταξύ κλινικής ή ακτινολογικής εικόνας και ιστολογικού αποτελέσματος μετά από βιοψία με κόπτουσα βελόνα (core-needle biopsy) και αφού αυτό έχει συζητηθεί σε Πολυθεματικό (ογκολογικό) Συμβούλιο (MDT meeting)

#### **B. Θεραπευτικές Ενδείξεις**

Αλλοιώσεις για τις οποίες έχει ήδη διενεργηθεί βιοψία με κόπτουσα βελόνα (core biopsy) και για τις οποίες ισχύει ένα εκ των πιο κάτω:

1. Καλοήθεις αλλοιώσεις στο μαστό οι οποίες παρουσιάζουν αύξηση μεγέθους σε 2 διαδοχικές απεικονίσεις με υπερηχογράφημα σε διάστημα 1 έτους
2. Αλλοιώσεις με ιστολογική κατάταξη B3 οι οποίες έχουν τα πιο κάτω ιστολογικά χαρακτηριστικά:
  - a. Επίπεδη επιθηλιακή υπερπλασία (FEA)
  - b. Θηλώματα/Θηλωμάτωση
  - c. Ακτινωτή ουλή
  - d. Άτυπη επιθηλιακή ή άτυπη λοβιακή υπερπλασία

### **Καθοδήγηση με Μαστογράφο**

#### **Γ. Διαγνωστικές Ενδείξεις**

1. Επασβεστώσεις BIRADS κατηγορίας 4 ή 5 οι οποίες είναι νεοεμφανιζόμενες ή αυξανόμενες σε διαδοχικούς ελέγχους και είναι μορφολογικά ύποπτες:
  - άμορφες

- αδρές ετερογενείς
  - λεπτές πλειόμορφες
  - λεπτές γραμμοειδείς
  - λεπτές γραμμοειδείς διακλαδιζόμενες
  - ή/και με ύποπτο πρότυπο κατανομής:
    - i. περιοχικές
    - ii. σε ομάδα
    - iii. γραμμοειδείς
    - iv. τμηματικές
2. Επασβεστώσεις σε γυναίκα με επιβεβαιωμένο καρκίνο με ευρήματα στον ίδιο ή στον ετερόπλευρο μαστό
  3. Μάζα BIRADS κατηγορίας 4 ή 5 η οποία διακρίνεται στη μαστογραφία/τομοσύνθεση και δεν διακρίνεται υπερηχογραφικά
  4. Διαταραχή αρχιτεκτονικής BIRADS κατηγορίας 4 η οποία διακρίνεται στη μαστογραφία/τομοσύνθεση και δεν διακρίνεται υπερηχογραφικά
  5. Αναπτυσσόμενη ασυμμετρία: Εστιακή ασυμμετρία ως νέο εύρημα ή παρουσιάζει αύξηση σε μέγεθος ή ακτινοσκιερότητα η οποία δεν διακρίνεται υπερηχογραφικά

**\*Παρακαλώ καταχωρίστε**

- ποια από τις περιπτώσεις A1 – A5 ισχύει σε περίπτωση Διαγνωστικής Ένδειξης με υπερηχογραφική καθοδήγηση (για παράδειγμα A.2) καθώς και σε ποια κατηγορία ανήκει η βλάβη BIRADS 3 ή BIRADS 4 A

Ή

- ποια από τις περιπτώσεις B1-B2d ισχύει σε περίπτωση Θεραπευτικής Ένδειξης με υπερηχογραφική καθοδήγηση (για παράδειγμα B.2c)

Ή

- ποια από τις περιπτώσεις Γ1-Γ5 ισχύει σε περίπτωση Διαγνωστικής Ένδειξης με καθοδήγηση από μαστογράφο καθώς και σε ποια κατηγορία ανήκει η βλάβη BIRADS 4 ή BIRADS 5 (όπου εφαρμόζεται). Στην περίπτωση που πρόκειται για τις ενδείξεις Γ3-Γ5, παρακαλώ καταχωρίστε την ημερομηνία της υπερηχογραφικής αξιολόγησης που προηγήθηκε

.....

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο το πεδίο των ενδείξεων.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19084: Biopsy, breast, with placement of breast localization device(s) (e.g., clip, metallic pellet), when performed, and imaging of the biopsy specimen, when performed, percutaneous; each additional lesion, including ultrasound guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19100: Biopsy of breast; percutaneous, needle core, not using imaging guidance (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19100-51: Biopsy of breast; percutaneous, needle core, not using imaging guidance (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Αφορά στην πραγματοποίηση της δραστηριότητας σε κάθε επιπλέον αλλοίωση και υποβάλλεται μαζί με τον 19100.
- Δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19101: Biopsy of breast; open, incisional.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: I.10.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19285: Placement of breast localization device(s) (e.g., clip, metallic pellet, wire/needle, radioactive seeds), percutaneous; first lesion, including ultrasound guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

19286: Placement of breast localization device(s) (e.g., clip, metallic pellet, wire/needle, radioactive seeds), percutaneous; each additional lesion, including ultrasound guidance (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.
- Αφορά στην πραγματοποίηση της δραστηριότητας σε κάθε επιπλέον αλλοίωση και υποβάλλεται μαζί με τον 19285.
- Καλείστε όπως διατηρείτε αντίγραφα απεικονίσεων των δραστηριοτήτων.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

20520: Removal of foreign body in muscle or tendon sheath; simple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

24200: Removal of foreign body, upper arm or elbow area; subcutaneous.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

26160: Excision of lesion of tendon sheath or joint capsule (e.g., cyst, mucous cyst, or ganglion), hand or finger.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

27086: Removal of foreign body, pelvis or hip; subcutaneous tissue.

- 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

27630: Excision of lesion of tendon sheath or capsule (e.g., cyst or ganglion), leg and/or ankle.

- 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 υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

28090: Excision of lesion, tendon, tendon sheath, or capsule (including synovectomy) (eg, cyst or ganglion); foot.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: D36.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

28190: Removal of foreign body, foot; subcutaneous.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

37609: Ligation or biopsy, temporal artery.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

38500: Biopsy or excision of lymph node(s); open, superficial.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

38505: Biopsy or excision of lymph node(s); by needle, superficial (e.g., cervical, inguinal, axillary).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

42400: Biopsy of salivary gland; needle.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

42405: Biopsy of salivary gland; incisional.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G80.9, R47.0, R10.2, R10.3.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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 1 ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow up.
  - Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
  - Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τη δραστηριότητα 44405.
  - Δύνатаι να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
  - 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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 1 ανά απαίτηση και μόνο με επίσκεψη follow up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τη δραστηριότητα 44388.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με οποιαδήποτε άλλη από τις δραστηριότητες σιγμοειδοσκοπήσεων ή κολonosκοπήσεων (45305, 45307, 45308, 45309, 45315, 45317, 45320).
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45305: Proctosigmoidoscopy, rigid; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45307, 45308, 45309, 45315, 45317, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K52.8, K52.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45307: Proctosigmoidoscopy, rigid; with removal of foreign body.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45308, 45309, 45315, 45317, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45308: Proctosigmoidoscopy, rigid; with removal of single tumor, polyp, or other lesion by hot biopsy forceps or bipolar cautery.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45307, 45309, 45315, 45317, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45309: Proctosigmoidoscopy, rigid; with removal of single tumor, polyp, or other lesion by snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45307, 45308, 45315, 45317, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45315: Proctosigmoidoscopy, rigid; with removal of multiple tumors, polyps, or other lesions by hot biopsy forceps, bipolar cautery or snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45307, 45308, 45309, 45317, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45317: Proctosigmoidoscopy, rigid; with control of bleeding (e.g., injection, bipolar cautery, unipolar cautery, laser, heater probe, stapler, plasma coagulator).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45307, 45308, 45309, 45315, 45320.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45320: Proctosigmoidoscopy, rigid; with ablation of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) not amenable to removal by hot biopsy forceps, bipolar cautery or snare technique (e.g., laser).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45300, 45305, 45307, 45308, 45309, 45315, 45317.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- 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, 45332, 45333, 45334, 45335, 45338, 45340).
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

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.
- Καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 20 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45332, 45333, 45334, 45335, 45338, 45340.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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, Όρα 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45332: Sigmoidoscopy, flexible; with removal of foreign body.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45333, 45334, 45335, 45338, 45340.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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, Όρα 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45333: Sigmoidoscopy, flexible; with removal of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) by hot biopsy forceps or bipolar cautery.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45332, 45334, 45335, 45338, 45340.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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, Όρα 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 κολονοσκόπηση), 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: K62.2, K62.3.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45334: Sigmoidoscopy, flexible; with control of bleeding, any method (e.g., injection, bipolar cautery, unipolar cautery, laser, heater probe, stapler, plasma coagulator).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45332, 45333, 45335, 45338, 45340.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45335: Sigmoidoscopy, 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.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45332, 45333, 45334, 45338, 45340.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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, Όρα 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45338: Sigmoidoscopy, 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.
  - Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45332, 45333, 45334, 45335, 45340.
  - Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
  - 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 κολονοσκόπηση), 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

45340: Sigmoidoscopy, flexible; with transendoscopic balloon dilation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45330, 45331, 45332, 45333, 45334, 45335, 45338.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- 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, Όρα 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

45520: Perirectal injection of sclerosing solution for prolapse.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46083: Incision of thrombosed hemorrhoid, external.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46221: Hemorrhoidectomy, internal, by rubber band ligation(s).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.1, R10.1.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46500: Injection of sclerosing solution, hemorrhoids.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46600: Anoscopy; 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.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46601: Anoscopy; diagnostic, with high-resolution magnification (HRA) (e.g., colposcope, operating microscope) and chemical agent enhancement, 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46604: Anoscopy; with dilation (e.g. balloon, guide wire, bougie).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46607: Anoscopy; with high-resolution magnification (HRA) (e.g. colposcope, operating microscope) and chemical agent enhancement, with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46608: Anoscopy; with removal of foreign body.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46610: Anoscopy; with removal of single tumor, polyp, or other lesion by hot biopsy forceps or bipolar cautery.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46611: Anoscopy; with removal of single tumor, polyp, or other lesion by snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46612: Anoscopy; with removal of multiple tumors, polyps, or other lesions by hot biopsy forceps, bipolar cautery or snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46615: Anoscopy; with ablation of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) not amenable to removal by hot biopsy forceps, bipolar cautery or snare technique.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

46930: Destruction of internal hemorrhoid(s) by thermal energy (e.g., infrared coagulation, cautery, radiofrequency).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

51102: Aspiration of bladder; with insertion of suprapubic catheter.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: N21.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

51701: Insertion of non-indwelling bladder catheter (e.g., straight catheterization for residual urine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51702, 51703.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N92.0, N92.5, O34.2, N20.0, N20.2, N23, N92.6.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

51702: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; simple (e.g., Foley).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51703.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I13.0, I10, N13.2, J98.9, K59.0, K62.8, N20.1, N20.2, N23, K30, M17.9, R10.0, R10.2, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9, R30.0, R30.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

51703: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; complicated (e.g., altered anatomy, fractured catheter/balloon).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51702.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

54100: Biopsy penis.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

60100: Biopsy thyroid, percutaneous core needle.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E03.9.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

64721: Neuroplasty and/or transposition; median nerve at carpal tunnel.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12001, 12002, 12004 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

67810: Incisional biopsy of eyelid skin including lid margin.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

69100: Biopsy external ear.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

76536: Ultrasound, soft tissues of head and neck (e.g., thyroid, parathyroid, parotid), real time with image documentation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.1, Z41.2, B35.3, B97.1, B97.8, D18.0, I10, E11.9, G44.1, H10.8, E13.9, E28.2, G93.3, E78.2, N13.2, N15.9, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K62.8, N20.0, N20.2, N23, N28.1, N92.6, K02.9, K04.7, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K29.7, K29.9, K30, J06.9, K44.9, M54.5, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R45.8, R00.2, R03.0, R04.0, R05, R09.0, R49.8, R51, O90.5, R93.5, R64, R68.1, R68.8, R94.2, R94.4, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.1, R10.3, R16.0, R16.2, O99.8, R82.4, R29.2, R39.1.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: R07.0.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

76700: Ultrasound, abdominal, real time with image documentation; complete.

- Αφορά στην απεικόνιση ήπαρ, χοληδόχου κύστης, χοληδόχου πόρου, παγκρέατος, σπλήνα, νεφρών, άνω κοιλιακής αορτής και κάτω κοίλης φλέβας.
- 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 υποβληθεί με τον κωδικό 76770 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z00.0, Z30.0, B01.9, B35.9, B37.3, B64, B80, B89, B97.1, B97.8, C69.2, D07.5, I10, D64.9, E55.9, E10.9, E11.9, H81.1, I25.9, E13.9, E22.1, E66.9, D50.9, G47.0, G47.3, I34.8, E28.1, D51.9, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E03.3, E03.8, E03.9, E04.2, N63, N91.3, N91.4, N91.5, J21.1, J21.8, J21.9, J20.9, J34.0, J34.1, J34.8, K59.0, K60.3, K60.4, K60.5, K62.8, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, M15.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.9, N95.9, J39.2, J39.8, J39.9, J42, K02.5, K02.9, O15.0, O15.2, O21.0, O21.9, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, K30, M17.9, M79.1, M79.7, L98.3, N76.3, J02.8, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, O24.9, L23.9, K42.9, M51.0, M51.1, M54.5, M54.8, M54.9, M60.9, L98.9, N39.0, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.9, L24.9, L25.9, L29.9, L30.0, L30.2, L68.2, L68.8, L68.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L68.0, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.1, K52.2, K52.8, M25.5, R42, R45.8, O86.4, R03.0, R04.0, R06.0, R07.0, R09.0, R51, R55, R60.0, R60.1, R60.9, O66.0, O90.8, R63.5, R65.2, R68.1, R68.8, R09.8, R21, O98.4, O99.0, O99.8, R82.2, R82.3, R30.0, R30.9, S96.2, E11.8.

- Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z92.2, Z92.3, Z80.0, A04.7, B96.8, F98.0, E88.0, D50.0, I88.0, I89.0, E78.9, N30.0, N32.0, K76.9, N41.0, N43.3, K21.0, R50.9, R17.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

76770: Ultrasound, retroperitoneal (e.g., renal, aorta, nodes), real time with image documentation; complete.

- Αφορά στην απεικόνιση νεφρών, κοιλιακής αορτής και ουροδόχου κύστης.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 76700 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.2, Z41.2, Z48.8, B37.8, B48.8, D17.1, I69.3, D64.9, F52.4, G43.0, G47.0, H54.2, H53.8, E78.5, E79.0, E83.5, E01.0, E01.2, N89.8, N91.3, N91.4, N91.5, N92.1, O08.9, J22, J32.4, J32.8, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.0, K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.5, N97.9, O44.0, O21.0, K29.7, K29.9, K30, M47.8, M79.1, M79.7, J06.9, J10.1, J11.1, K40.2, K42.9, M60.9, N85.4, K21.0, L29.9, M25.5, R42, R45.8, R87.6, R04.0, R06.6, R51, R55, R63.5, R68.1, R68.8, R94.3, R09.8, R19.3, R19.4, R19.8, O70.1, O72.2, O99.8, R30.9, O03.9.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z87.4.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

76870: Ultrasound, scrotum and contents.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.4, B35.5, D22.5, D23.5, I10, G93.3, E78.2, E78.5, E78.4, N13.2, N13.8, K59.4, N20.0, N20.1, N20.2, N23, N97.9, K29.7, K29.9, J06.9, L98.9, N39.0, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, K52.2, K52.8, K52.9, N11.1, R42, R03.0, R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2, R30.0, R30.9, R39.1.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

76942: Ultrasonic guidance for needle placement (e.g., biopsy, aspiration, injection, localization device), imaging supervision and interpretation.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.2, E23.0, E28.2, N13.2, N20.0, N20.2, N97.8, R93.3, R03.0, R94.6, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

97597: Debridement (e.g., high pressure waterjet with/without suction, sharp selective debridement with scissors, scalpel and forceps), open wound, (e.g., fibrin, devitalized epidermis and/or dermis, exudate, debris, biofilm), including topical application(s), wound assessment, use of a whirlpool, when performed and instruction(s) for ongoing care, per session, total wound(s) surface area; first 20 sq cm or less.

- 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.
- Απαιτείται φωτοτεκμηρίωση πριν και μετά τη διενέργεια της εξέτασης.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 97602.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z01.8, Z82.4, Z83.3, Z90.0, Z91.8, Z30.9, Z32.0, Z41.2, Z51.8, B35.3, A52.1, A56.0, A56.1, B49, B68.9, D36.9, C96.6, D11.0, D11.9, D17.9, G60.8, G60.9, G61.9, G62.9, I67.9, I69.1, I69.2, H67.1, I11.0, D64.9, E53.9, E55.9, E56.9, D69.9, D73.0, D73.3, D73.4, D73.8, E10.3, E11.9, E13.3, E87.1, E88.8, H44.5, I78.1, I80.9, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, E13.9, E64.3, E66.0, E71.3, D50.1, D50.8, D50.9, G04.1, H20.0, G51.3, G51.4, G82.5, I88.8, I88.9, I86.4, I86.8, I87.2, H91.9, E75.6, E77.8, D56.8, H26.9, G51.8, G54.2, I73.9, I74.3, I74.4, E78.1, E78.5, E78.9, E78.4, E80.3, E83.2, E01.1, E03.9, E04.2, N13.1, N13.5, N48.8, N48.3, N49.1, N49.2, N49.8, N49.9, N50.1, N50.8, N50.9, N63, N89.7, N92.0, N92.5, O34.2, J20.9, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, J35.0, J35.2, J95.8, K58.0, K58.9, K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.2, K62.3, K62.5, K91.8, L30.9, L41.0, L41.1, L41.3, L30.8, L41.4, L41.8, L41.9, L42, L44.2, L44.3, L44.8, L44.9, L45, L85.0, L85.1, L85.2, L85.3, L85.9, L86, L87.0, L90.5, M67.4, M72.2, M72.6, N17.9, N18.9, N28.1, N73.5, N73.9, N76.0, N76.1, N76.2, N93.8, N94.8, N97.8, M96.1, M99.2, M99.3, M99.4, M99.5, M99.7, O47.1, J39.3, J39.8, J39.9, K64.8, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K64.4, L02.9, L08.8, L08.9, L11.0, L52, L50.9, L91.0, M17.0, M17.9,

M43.6, M46.1, M75.8, M75.9, M79.2, M79.5, M79.8, L90.9, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L91.9, L94.4, L94.9, L98.0, L98.3, L98.4, N30.8, N31.0, N31.1, N31.9, N35.9, N76.3, N76.4, N76.8, N77.0, N81.1, N81.6, N99.8, J06.9, O24.9, K76.6, L13.8, L23.3, L23.4, L23.8, L23.9, L24.1, L24.4, L60.1, L60.2, L60.3, L60.4, L60.5, L60.8, L60.9, L66.3, K40.9, K40.2, K42.0, K43.2, K43.3, K43.6, K43.9, K46.9, L98.8, M51.0, M54.2, M54.5, M54.8, M54.9, L98.9, N39.0, N39.4, N39.9, N36.9, N43.3, N48.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K11.3, K12.0, K13.1, K13.4, K13.6, K21.9, K82.8, L24.8, L24.9, L25.1, L25.2, L25.8, L25.9, L27.9, L28.2, L29.1, L29.2, L29.3, L29.8, L29.9, L30.0, L30.1, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, L73.1, L73.2, L73.8, K52.8, K52.9, M25.7, M25.0, M25.1, M34.8, M65.4, M86.4, M86.6, M86.8, M10.9, N11.1, R42, S62.2, S62.5, S63.3, S64.2, S65.0, S65.1, S05.2, S05.3, S05.6, S05.8, S04.8, S06.2, S06.3, S06.8, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S27.8, S29.9, S30.1, S31.1, S45.3, S50.1, O86.0, Q64.4, R04.0, R06.5, R06.7, R06.8, R55, R60.0, R60.1, R60.9, S70.1, S70.9, S10.0, S11.8, S13.4, S33.5, S33.6, S35.4, P39.0, O90.1, O90.2, O90.8, R73.0, R73.9, R76.0, R76.8, R76.9, R94.7, Q87.5, R09.8, R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R19.6, R21, S51.8, S50.8, S54.0, S76.0, S77.2, S79.9, S17.9, S20.0, S20.1, S20.4, S21.0, S37.5, O99.8, S03.0, S03.2, S03.4, R26.2, R29.4, S56.2, S57.8, S59.8, S65.4, S65.2, S66.4, S66.9, S67.0, S68.1, S21.9, S23.3, S43.0, S43.2, P59.9, S93.0, S94.1, S96.0, T26.6, T25.6, T26.8, T28.3, T28.5, T88.7, T38.0, T38.3, T38.8, T50.5, T50.9, T52.3, T75.2, T75.3, T75.4, T78.2, T78.3, T78.8, T79.2, T79.6, T79.8, T79.9, T80.4, T88.8, S96.8, S96.9, S97.0, T17.2, T18.0, T18.2, T18.4, T80.9, T54.3, T81.9, T82.8, T18.8, T18.9, T19.1, S83.1, S83.3, S84.1, T60.3, T19.3, T19.8, T19.9, T20.2, T20.3, T20.7, T21.1, T22.1, T22.3, T83.1, T45.1, T45.5, T45.7, T46.5, T46.6, T61.9, T62.8, T63.4, T63.6, T63.9, T84.5, T84.7, S86.3, S86.9, S87.8, T23.0, T23.5, T85.6, T67.1, T67.2, T67.4, T67.6, T67.9, T70.0, T88.6, Z95.2, Z96.1, Z96.2, Z96.6, Z98.8, E11.3, E11.5.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

97598: Debridement (e.g., high pressure waterjet with/without suction, sharp selective debridement with scissors, scalpel and forceps), open wound, (e.g., fibrin, devitalized epidermis and/or dermis, exudate, debris, biofilm), including topical application(s), wound assessment, use of a whirlpool, when performed and instruction(s) for ongoing care, per session, total wound(s) surface area; each additional 20 sq cm, or part thereof (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 αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z93.1, Z48.8, G31.9, I69.1, I69.2, I69.3, I69.8, I10, D68.8, D68.9, I25.8, I25.9, E16.2, D50.9, G04.1, E75.6, G93.1, E78.2, E78.9, N13.2, N63, J30.0, J34.0, J34.1, J34.8, L02.3, L30.9, L30.8, N18.9, N20.0, N20.2, K64.5, M79.1, M79.7, M79.8, L92.8, L98.0, L98.1, L23.9, L60.9, M60.9, K21.0, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L73.9, S62.5, S31.0, R06.0, R60.0, R60.1, R60.9, R09.8, R10.3, Q69.0, P71.0, P71.1, P71.2, P71.4, T81.4, T67.4, T86.8.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

97602: Removal of devitalized tissue from wound(s), non-selective debridement, without anesthesia (e.g., wet-to-moist dressings, enzymatic, abrasion, larval therapy), including topical application(s), wound assessment, and instruction(s) for ongoing care, per session.

- 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.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 97597.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY089: 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.
- Οι κωδικοί που αφορούν σε χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός νοσηλευτηρίου δύναται να υποβάλλονται μόνο στις περιπτώσεις όπου στην απαίτηση υπάρχει τουλάχιστον ένας εκ των παρακάτω κωδικών: 10061, 10121, 11604, 11606, 11624, 11626, 11644, 11646, 11750, 19083, 19084, 19101, 20520, 26160, 27630, 28090, 37609, 38500, 43760, 44388, 44405, 45300, 45305, 45307, 45308, 45309, 45315, 45317, 45320, 45330, 45331, 45332, 45333, 45334, 45335, 45338, 45340, 46083, 46221, 46600, 46601, 46604, 46607, 46608, 46610, 46611, 46612, 46615, 51102, 51703, 54100, 64721, 67810, 69100, 97597, CY260.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 και CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

## Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός Νοσηλευτηρίου (*Facility Fee-CY089,CY125*)

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY125: 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.
- Οι κωδικοί που αφορούν σε χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός νοσηλευτηρίου δύναται να υποβάλλονται μόνο στις περιπτώσεις όπου στην απαίτηση υπάρχει τουλάχιστον ένας εκ των παρακάτω κωδικών: 10061, 10121, 11604, 11606, 11624, 11626, 11644, 11646, 11750, 19083, 19084, 19101, 20520, 26160, 27630, 28090, 37609, 38500, 43760, 44388, 44405, 45300, 45305, 45307, 45308, 45309, 45315, 45317, 45320, 45330, 45331, 45332, 45333, 45334, 45335, 45338, 45340, 46083, 46221, 46600, 46601, 46604, 46607, 46608, 46610, 46611, 46612, 46615, 51102, 51703, 54100, 64721, 67810, 69100, 97597, CY260.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 και CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

## Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός Νοσηλευτηρίου (*Facility Fee-CY089,CY125*)

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

CY155: BREAST BIOPSY KIT (Biopsy Probe/Vacuum,Rinse Tubing Cassette/Vacuum Canister/Clip Marker).

- Καλείστε όπως διατηρείτε αντίγραφα απεικονίσεων των δραστηριοτήτων.
- Υποβάλλεται πάντα σε συνδυασμό είτε με τον κωδικό 19083.
- Δύναται να υποβληθεί μέχρι και 3 φορές ανά απαίτηση ΜΟΝΟ στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν περισσότερα από 1 σημεία που χρήζουν βιοψίας με την μέθοδο βιοψίας υπό αναρρόφηση και ως εκ τούτου χρειάζονται περισσότερα από 1 σετ αναλωσίμων.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο χρήσης αναλωσίμου κατά τη διενέργεια βιοψίας μαστού υπό αναρρόφηση (Vacuum assisted breast biopsy)**

**(για κωδικό CY155)**

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε τον συνολικό αριθμό σετ αναλωσίμων που έχουν χρησιμοποιηθεί (1-3)\*: .....
2. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας για κάθε σετ που έχει χρησιμοποιηθεί:

- I. Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου\*: .....  
Αριθμός Παρτίδας\*: .....

Σε περίπτωση χρήσης 2<sup>ου</sup> ή/και 3<sup>ου</sup> σετ αναλωσίμων:

- II. Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου: .....  
Αριθμός Παρτίδας: .....

- III. Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου: .....  
Αριθμός Παρτίδας: .....

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο το πεδίο **A** και τουλάχιστον το **B(I)**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

CY260: Debridement, subcutaneous tissue (includes epidermis and dermis, if performed) for the application of negative pressure wound therapy

- 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.
- Υποβάλλεται κατά τον χειρουργικό καθαρισμό και τοποθέτηση της Σ.Α.Π.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα) και τη μεταφόρτωση φωτογραφιών πριν και μετά την τοποθέτηση, καλλιέργειας κ.λπ.
- Η διενέργεια της πράξης πραγματοποιείται σε σηπτικό χειρουργείο σε περιβάλλον νοσηλευτηρίου και ως εκ τούτου υποβάλλεται πάντοτε ταυτόχρονα με τον κωδικό CY089.

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ – NEGATIVE  
PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT)**  
(κωδικός CY260)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τα αναλώσιμα για τη χρήση της συσκευής θεραπείας αρνητικής πίεσης (Σ.Α.Π.) μόνο εφόσον πληρούνται και τα 3 πιο κάτω κριτήρια (Κριτήρια Α – Γ) καθώς και οι προϋποθέσεις τεκμηρίωσης που περιγράφονται πιο κάτω.

**Επιλέξτε το κουτί σε περίπτωση που πληρούνται και τα 3 (Α και Β και Γ) κριτήρια** 

**Κριτήριο Α:** Να έχει προηγηθεί χειρουργικός καθαρισμός σε σηπτικό χειρουργείο σε περιβάλλον νοσηλευτηρίου.

**Κριτήριο Β:** Ο ασθενής παρουσιάζει ένα από τα ακόλουθα τραύματα:

- α. Διάσπαση χειρουργικού τραύματος
- β. Έλκος πίεσης σταδίου 3 και 4
- γ. Έλκος διαβητικού ποδιού με ή χωρίς μόλυνση (**Δηλώστε τι ισχύει**) .....

**Κριτήριο Γ:** Αδυναμία σύγκλεισης ή αποκατάστασης δερματικών ελλειμμάτων με χρήση κρημνών ή άλλων χειρουργικών τεχνικών.

Απαραίτητη η μεταφόρτωση ιατρικής έκθεσης, πρακτικού χειρουργείου και **φωτογραφιών, πριν και μετά την τοποθέτηση της συσκευής (φωτοτεκμηρίωση) στα οποία να είναι διαθέσιμα τα στοιχεία ταυτοποίησης του δικαιούχου.**

**Προσοχή:**

- 1) Σε περίπτωση αιμορραγίας η θεραπεία με συσκευή αρνητικής πίεσης (Σ.Α.Π.) πρέπει να διακόπτεται ΑΜΕΣΑ.
- 2) Ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία με Σ.Α.Π. και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αιμορραγικών επιπλοκών, συστήνεται όπως βρίσκονται σε περιβάλλον φροντίδας που κρίνεται κατάλληλο από το θεράποντα ιατρό.
- 3) Αντενδείξεις χρήσης Σ.Α.Π.:
  - Α. Κακοήθεια στο τραύμα
  - Β. Οστεομυελίτιδα που δεν έχει αντιμετωπιστεί
  - Γ. Μη εντερικά και μη διερευνηθέντα συρίγγια
  - Δ. Νεκρωτικός ιστός με παρουσία σχάρας

**Στοιχεία νοσηλείας**

Νοσηλευτήριο: .....

Ονομασία και κωδικός διάγνωσης: .....

**Χαρακτηριστικά τραύματος κατά τη στιγμή της υποβολής του αιτήματος:**

**A. Ανατομική θέση τραύματος:** .....

**B. Διαστάσεις:**

B1. Μήκος (cm): .....

B2. Πλάτος (cm): .....

B3. Βάθος (cm): .....

**Γ. Εξίδρωμα (Χαμηλού εξιδρώματος, Μεσαίου εξιδρώματος, Μεγάλου εξιδρώματος) Δηλώστε τι ισχύει** .....

**Δ. Παρουσία μόλυνσης (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ):** .....

Σε περίπτωση που η απάντηση είναι θετική, παρακαλώ να απαντηθούν τα πιο κάτω:

Δ1. Χορήγηση αντιβιοτικού (να δηλωθεί/ούν το/α αντιβιοτικό/α) .....

Δ2. Λήψη βιοψίας / καλλιέργειας (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ): .....

**Ε. Παρουσία νεκρωτικού ιστού (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ):** .....

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ/ ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΕΙ:**

**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗΣ/ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ:** .....

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ (1ΗΣ) ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ:** .....

**ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΠΟΓΓΟΥ ΠΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΗΚΕ:** .....

**Να καθοριστούν οι επιδιώξεις και στόχοι της θεραπείας με Σ.Α.Π. (να επιλεγούν όσα ισχύουν):**

i. Ενίσχυση του σχηματισμού κοκκιώδους ιστού



ii. Ενίσχυση της αιμάτωσης



iii. Απομάκρυνση υγρών, εξιδρώματος και μολυσματικών υλικών



iv. Υποβοήθηση πρόσληψης κρημονού ή δερματικού μοσχεύματος



v. Εφαρμογή ελεγχόμενης τοπικής αρνητικής πίεσης για να συγκλεισθούν τα χείλη του τραύματος



vi. Παροχή ενός κλειστού υγρού περιβάλλοντος για την επούλωση του τραύματος



Ο Οργανισμός στα πλαίσια των εξουσιών που του παρέχει ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος, δύναται να προβαίνει σε ελέγχους με οποιοδήποτε τρόπο κρίνει αναγκαίο και αποτελεσματικό. Στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι δεν τηρούνται τα πιο πάνω, θα εφαρμόζονται οι πρόνοιες της περί Γενικού Συστήματος Υγείας νομοθεσίας, περιλαμβανομένων διοικητικών προστίμων ή/και άλλων μέτρων.

Σημείωση : Εάν δεν πληρούνται τα πιο πάνω κριτήρια, προχωρήστε στο επόμενο βήμα με το ερωτηματολόγιο Μη Συμπληρωμένο. Η δραστηριότητα δεν θα μπορεί να υποβληθεί και τα αναλώσιμα δεν καλύπτονται.

## **ΜΕΡΟΣ 2**

Διαβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν στο ΜΕΡΟΣ 1 είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες. ■

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

**CY261: Negative pressure wound therapy (eg, vacuum assisted drainage collection), including topical application(s), wound assessment, and instruction(s) for ongoing care, per session**

- 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.
- Υποβάλλεται κατά την αλλαγή επιθεμάτων μετά την 1<sup>η</sup> τοποθέτηση.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

CY277: Breast clip marker

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Υποβάλλεται σε συνδυασμό με τους κωδικούς που αφορούν σε τοποθέτηση συσκευής εντοπισμού στον μαστό 19285, 19286.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για την τοποθέτηση marker στον μαστό**  
**(για κωδικό CY277)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη τοποθέτηση marker/clip στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Μετά από κάθε στερεοτακτική βιοψία για ύποπτες βλάβες (BIRADS 4A και πάνω)
2. Μετά από κάθε βιοψία ύποπτης βλάβης (BIRADS 4A και πάνω) υπό μαγνητική μαστογραφία (MRI)
3. Μετά από βιοψία μικρής (<1 εκ) ή δυσδιάκριτης, ύποπτης βλάβης (BIRADS 4A και πάνω) με βελόνα core υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση
4. Μετά από βιοψία μικρής (<1 εκ) ή δυσδιάκριτης, ύποπτης βλάβης (BIRADS 4A και πάνω) με βελόνα VAB υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση
5. Μετά από ολική/σχεδόν ολική αφαίρεση μικρής ύποπτης βλάβης (<1 εκ) με βελόνα VAB υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση
6. Σε περιπτώσεις που η βιοψία γίνεται με υπερηχογραφική καθοδήγηση για βλάβη που είναι καλύτερα ορατή στον μαστογράφο (π.χ. μικρο-ασβεστώσεις, διαταραχές αρχιτεκτονικής) και στην συνέχεια υποβάλλεται σε μια μαστογραφική λήψη για επιβεβαίωση του σωστού σημείου βιοψίας (αντιστοιχία των δύο απεικονιστικών μεθόδων)
7. Μικρός μη ψηλαφητός καρκίνος ή βλάβες B3 (που χρήζουν χειρουργικής αφαίρεσης όπως ADH) που πρόκειται να υποβληθούν σε επέμβαση ευρείας εκτομής με τοποθέτηση συρμάτινου οδηγού.
8. Οριοθέτηση του όγκου σε περίπτωση που η ασθενής θα υποβληθεί σε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία με την προϋπόθεση ότι θα ακολουθήσει συντηρητική επέμβαση διατήρησης του μαστού.
9. Σήμανση επιβεβαιωμένου μεταστατικού/ων λεμφαδένων/ων στην μασχάλη σε περιπτώσεις που η ασθενής θα προχωρήσει με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία και χειρουργικό χειρισμό μασχάλης TAD (target axillary dissection)

10. Ανάγκη προ εγχειρητικής εντόπισης ύποπτης βλάβης όπου επιβάλλεται να τοποθετηθεί συρμάτινος οδηγός.

**\*Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 10) ισχύει/ουν .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι **συμπληρωμένο το πιο πάνω πεδίο.**

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

CY278: Breast localization wire

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Υποβάλλεται σε συνδυασμό με τους κωδικούς που αφορούν σε τοποθέτηση συσκευής εντοπισμού στον μαστό 19285, 19286.
- Αποζημιώνεται μόνο προεγχειρητικά σε περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι μικρή ή μη ψηλαφητή και ακολουθεί συντηρητικό χειρουργείο ευρείας εκτομής ή προεγχειρητικά για οριοθέτηση μεγάλης περιοχής στις περιπτώσεις που ακολουθεί συντηρητικό χειρουργείο.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

CY280: Physiotherapy services after surgery

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με την επίσκεψη CY284 και με την διάγνωση Z98.8.
- Απαραίτητη η αναλυτική περιγραφή στις κλινικές σημειώσεις για την κατάσταση υγείας του δικαιούχου και αναφορά στο είδος της χειρουργικής επέμβασης που προηγήθηκε ή την ακριβή εντόπιση του κατάγματος κ.λπ.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                  |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,<br>-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και<br>-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό. |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                | <input type="checkbox"/>                                         |                                                          |
| <b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| (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<br><br>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.     | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (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>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b><br><48 ώρες <input type="checkbox"/> | <b>Επείγον περιστατικό:</b><br><7ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><input type="checkbox"/> |
| <b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>                                                   | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>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.):</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <p><b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). 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 <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> 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),</p> <p>ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,</p> <p>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.

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Treating Physician: | Name:      |
|                     | Specialty: |
|                     | Email:     |
|                     | Tel. No:   |

|               |  |
|---------------|--|
| Patient Name: |  |
|---------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| Patient ID Number: |  |
|--------------------|--|

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

|      |  |
|------|--|
| DOB: |  |
|------|--|

|            |  |
|------------|--|
| Diagnosis: |  |
|------------|--|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Medical History <sup>i</sup> : |  |
|--------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>1</sup>:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</p> |  |
| <p><b>Prior/current treatment/management:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <p><b>Proposed treatment / management abroad:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)</p>                                                                                                                                               |  |

|                                                        |  |
|--------------------------------------------------------|--|
| <b>Reasons for requesting medical services aboard:</b> |  |
| <b>ΜΕΡΟΣ IV</b>                                        |  |
| <b>ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ</b>               |  |
| <b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>                                      |  |
| <b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>                       |  |

<sup>i</sup> 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:
  - ο αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - ο υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - ο *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - ο DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κίρσων οισοφάγου
  - ο 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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 διαχείρισης εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.
- 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                                                                                                                                                                                |                                                              |
| 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. |                                                              |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ                                                                                                                                                                                                          |                                                              |

| ΜΕΡΟΣ ΙΙ                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ                                                                                                                                                                              |                                                           |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):                                                                                                                                                                                                              |                                                           |
| Πρόκειται για σπάνια πάθηση <sup>1</sup> ;<br><sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> ) | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ<br/>ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ<br/>ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                     |
| <p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,</li> <li>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</li> <li>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</li> <li>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,</li> <li>-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,</li> <li>-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,</li> <li>-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και</li> <li>-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</li> </ul> |                                 |                                     |
| Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 | <input type="checkbox"/>            |
| <b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                     |
| <b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                     |
| (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 Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                     |
| (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>Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b><br><br><48 ώρες <input type="checkbox"/> | <b>Επείγον περιστατικό:</b><br><br><7ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><br><input type="checkbox"/> |
| <b>Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |                                                                      |                                                              |
| <b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    | <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/>                                  | <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/>                          |
| <b>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.):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    |                                                                      |                                                              |
| <b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |                                                                      |                                                              |
| <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). 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 <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),</p> <p>ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,</p> <p>iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p> |                                                                                    |                                                                      |                                                              |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ</b>       |  |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ</b> |  |
| <b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ</b>    |  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ<br/>ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>          |  |
| <b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>                |  |
| <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ.<br/>ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ</b> |  |

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.

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| <b>Treating Physician:</b> | <b>Name:</b>      |
|                            | <b>Specialty:</b> |
|                            | <b>Email:</b>     |
|                            | <b>Tel. No:</b>   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Patient Name:</b> |  |
|----------------------|--|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Patient ID Number:</b> |  |
|---------------------------|--|

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

|             |  |
|-------------|--|
| <b>DOB:</b> |  |
|-------------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Diagnosis:</b> |  |
|-------------------|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Medical History<sup>1</sup>:</b> |  |
|-------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>1</sup>:</b><br><br><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30 ημέρες από τη δημιουργία του)</i> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| <b>Prior/current treatment/management:</b> |  |
|--------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Proposed treatment / management abroad:</b><br><br><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά</i> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| <u>στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)</u> |  |
|---------------------------------------------------|--|

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Reasons for requesting medical services aboard: |  |
| <b>ΜΕΡΟΣ IV</b>                                 |  |
| <b>ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ</b>        |  |
| <b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>                               |  |
| <b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>                |  |

<sup>i</sup> 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 σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - ο αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - ο υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - ο *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - ο DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιστών οισοφάγου
  - ο 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.

# Γενική χειρουργική/Γαστρεντερική χειρουργική

---

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.
- 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):                                                                                                                    |                                     |                                     |
| <b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b><br><sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 | <b>ΝΑΙ</b> <input type="checkbox"/> | <b>ΟΧΙ</b> <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση<br>( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
| <b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ<br/>ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ<br/>ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,</li> <li>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</li> <li>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</li> <li>-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,</li> <li>-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,</li> <li>-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,</li> <li>-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και</li> <li>-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</li> </ul> |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
| Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |
| <b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
| <p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></p> <p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p> <p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</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>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της</p>                                                                                  | <p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> | <p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                                               |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                             |                                                               |                                                       |
| B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:<br><br><48 ώρες <input type="checkbox"/> | Επείγον περιστατικό:<br><br><7ημέρες <input type="checkbox"/> | Κανονικό Περιστατικό:<br><br><input type="checkbox"/> |
| B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                               |                                                       |
| Γ. Απαιτείται αερομεταφορά                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>                                  | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                          |
| 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.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                               |                                                       |
| Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                               |                                                       |
| <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). 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 <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),</p> <p>ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,</p> <p>iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p> |                                                                             |                                                               |                                                       |

| 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.

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Treating Physician: | Name:      |
|                     | Specialty: |
|                     | Email:     |
|                     | Tel. No:   |

|               |  |
|---------------|--|
| Patient Name: |  |
|---------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| Patient ID Number: |  |
|--------------------|--|

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

|      |  |
|------|--|
| DOB: |  |
|------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Diagnosis:</b> |  |
|-------------------|--|

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Medical History<sup>i</sup>:</b> |  |
|-------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>i</sup>:</b><br><br><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του)</i> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| <b>Prior/current treatment/management:</b> |  |
|--------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Proposed treatment / management abroad:</b><br><br><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών</i> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς) |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Reasons for requesting medical services aboard: |  |
| <b>ΜΕΡΟΣ IV</b>                                 |  |
| <b>ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ</b>        |  |
| <b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>                               |  |
| <b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>                |  |

<sup>i</sup> 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, εξέταση MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
  - Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
    - ο αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
    - ο υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
    - ο *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
    - ο DEXA
  - Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
    - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κισμών οισοφάγου
    - ο 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.