

## Περιεχόμενα

### Παθολογία

|             |    |
|-------------|----|
| 99201 ..... | 2  |
| 99202 ..... | 3  |
| 99203 ..... | 4  |
| 99204 ..... | 5  |
| 99205 ..... | 6  |
| 99212 ..... | 7  |
| 99213 ..... | 8  |
| 99214 ..... | 9  |
| 99215 ..... | 10 |
| 99441 ..... | 11 |
| 49082 ..... | 12 |
| 76700 ..... | 13 |
| 86580 ..... | 14 |
| 90471 ..... | 15 |
| 93000 ..... | 16 |
| 93784 ..... | 17 |
| 93880 ..... | 18 |
| 94760 ..... | 21 |
| 95251 ..... | 22 |
| 96365 ..... | 23 |
| 96366 ..... | 24 |
| 96367 ..... | 25 |
| 96368 ..... | 26 |
| 96369 ..... | 27 |
| 96370 ..... | 28 |
| 96371 ..... | 29 |
| 96372 ..... | 30 |
| 99091 ..... | 31 |
| CY293 ..... | 32 |
| CY294 ..... | 41 |
| CY295 ..... | 50 |

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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.

# Παθολογία

---

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

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

# Παθολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς 76811, 76816, 76805, 76813, 76815, 76830.
- 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: Z13.1, Z00.0, Z94.0, 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.

# Παθολογία

---

86580: Skin test; tuberculosis, intradermal.

- 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: I10, H20.9, H53.9, G93.3, K60.3, K60.4, K60.5, J06.9, R93.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.0, R22.1, R22.2, R23.1, R22.9.

# Παθολογία

---

90471: Immunization administration (includes percutaneous, intradermal, subcutaneous, or intramuscular injections); 1 vaccine (single or combination vaccine/toxoid).

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

# Παθολογία

93000: Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; with interpretation and report.

- 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 μπορεί να κατατεθεί με δοκιμασία κόπωσης (93015) ή υπερηχογράφημα καρδιάς (93015, 93306, 93308, 93312, 93351) ή αξιολόγηση καρδιαγγειακής λειτουργίας (93660).
- Διαγνώσεις
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z00.0, C68.9, D09.0, E11.9, E78.2, E78.9, N18.1, R42, R50.9, R12.
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z87.4, B35.1, B35.6, B35.8, B96.8, B97.1, B97.8, C92.1, I12.0, D72.8, E11.4, H81.3, I89.0, H54.2, H53.8, H53.9, G54.4, E78.5, E78.4, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, E06.1, N13.9, N15.9, N89.7, N92.0, N92.5, O34.2, J20.9, J34.3, J98.9, K57.9, K59.0, K57.8, K59.9, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, N20.9, N21.0, N23, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.8, N95.8, N95.9, O47.1, J39.8, J39.9, O20.0, O21.0, O21.2, O21.9, K64.9, K65.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, K29.5, K29.6, K29.0, K29.7, K29.9, K30, L98.3, N76.3, J02.0, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, K76.0, K40.9, K42.0, K43.0, K43.2, K44.9, K45.8, K46.9, M83.9, N39.0, N87.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, K21.9, O33.4, K52.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, K56.3, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R41.3, R41.8, R41.0, R41.2, R45.8, S31.0, S46.9, R87.8, R90.8, R93.3, R03.1, R06.3, R09.0, R50.8, O90.5, O90.8, R65.2, R63.1, R68.8, R73.0, R93.6, R93.7, R94.0, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.2, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2, R17, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R22.0, R22.1, R22.2, O99.2, O99.5, O99.6, O99.7, O99.8, R79.8, R81, R82.4, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8, R22.9, R29.0, R29.2, R29.8, R34, R39.1.

# Παθολογία

---

93784: Ambulatory blood pressure monitoring, utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; including recording, scanning analysis, interpretation and report.

- 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: Z94.0, B36.9, C67.9, I25.9, H53.8, G93.3, E01.1, E03.9, E04.2, K30, R00.2, R68.8, R94.3, R94.4, R21, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8.

# Παθολογία

---

93880: Duplex scan of extracranial arteries; complete bilateral study.

- 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.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

## Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης εξωκρανιακών αρτηριών

(για τον κωδικό 93880)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης εξωκρανιακών αρτηριών (πλήρης αμφοτερόπλευρη μελέτη) στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Νέα ή επιδεινούμενα νευρολογικά συμπτώματα (διερεύνηση παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου)
2. Σημεία συμβατά με εμβολή από τη βυθοσκόπηση (πλάκα Hollenhorst)
3. Συγκοπτικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μετά την αρχική καρδιαγγειακή εκτίμηση
4. Υπόνοια διαχωρισμού καρωτίδας
5. Σφύζων τραχηλικός όγκος
6. Φύσημα τραχηλικής χώρας χωρίς προηγηθείσα εξέταση καρωτίδας
7. Ζάλη ή διαταραχές όρασης κατά την εξέταση του άνω άκρου (πιθανό σύνδρομο υποκλοπής σπονδυλικής-υποκλειδίου)
8. Συμπτώματα συμβατά με απόφραξη σπονδυλοβασικού συστήματος (π.χ. ίλιγγος, αταξία, διπλωπία, δυσαρθρία, δυσφαγία)
9. Αθηρωμάτωση σε άλλα αγγεία
10. Σε διαγνωσμένη στένωση καρωτίδας >50% (ανά έτος από 50% έως 69%, ανά εξάμηνο από 70% και άνω)
11. Μετά από επεμβάσεις στην καρωτίδα (ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική) στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος

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

# Παθολογία

---

94760: Noninvasive ear or pulse oximetry for oxygen saturation; single determination.

- 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: B37.9, B37.2, D18.0, H67.1, E07.9, I25.9, E03.2, E04.8, E04.9, N13.2, N89.7, N92.0, N92.5, J30.2, J20.9, J32.4, J32.8, J33.9, K58.0, K58.9, N18.9, N20.1, N20.2, N23, N92.6, N93.8, N94.4, N94.5, N94.6, O21.9, K30, M17.9, J01.9, N39.4, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, K52.9, R42, R45.8, S08.0, R90.8, R93.1, R01.0, R01.1, R03.0, R07.1, R56.0, R09.3, R68.8, R93.8, R94.5, R94.6, R10.2, R16.0, R16.2, R19.0, O99.8.

# Παθολογία

---

95251: Ambulatory continuous glucose monitoring of interstitial tissue fluid via a subcutaneous sensor for a minimum of 72 hours; analysis, interpretation and report.

- 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: E78.2, E03.9, N39.4.

# Παθολογία

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Παθολογία

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96365 για κάθε επιπλέον ώρα έγχυσης.

# Παθολογία

---

96367: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); additional sequential infusion of a new drug/substance, up to 1 hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.

# Παθολογία

---

96368: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); concurrent infusion (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 1 φορά ανά απαίτηση.

# Παθολογία

---

96369: Subcutaneous infusion for therapy or prophylaxis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour, including pump set-up and establishment of subcutaneous infusion site(s).

- 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.

# Παθολογία

---

96370: Subcutaneous infusion for therapy or prophylaxis (specify substance or drug); each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

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

# Παθολογία

---

96371: Subcutaneous infusion for therapy or prophylaxis (specify substance or drug) additional pump set-up with establishment of new subcutaneous infusion site(s) (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.

# Παθολογία

96372: Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection (specify substance or drug); subcutaneous or intramuscular.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης & κωδικούς υπέρηχων.
- Οι κλινικές σημειώσεις πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνουν:
  - Την ουσία ή το φάρμακο που έχει χορηγηθεί
  - Τεκμηρίωση ποσότητας ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση απαίτησης του κωδικού πάνω από 1 φορά ανά απαίτηση
  - Αναφορά στο δοσολογικό σχήμα ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση που η χορήγηση δεν αφορά εφάπαξ δόση
- Διαγνώσεις
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z01.4, Z91.0, Z39.1, A49.9, G24.3, G57.9, G62.9, H01.1, I10, I44.4, E55.9, E11.9, G44.0, D50.9, I95.1, J00, D51.1, D51.9, E78.2, E78.0, E03.9, N91.2, N92.1, J22, J20.9, J34.8, K91.0, L30.9, L40.9, L50.0, L50.1, N23, L03.1, K29.6, K29.0, K29.7, K30, M17.9, M19.0, M46.1, M76.7, N34.2, J01.9, J02.0, J02.9, J03.9, J06.9, J10.1, J11.1, J11.8, K76.0, M50.1, M54.2, M54.5, M54.6, M54.9, N39.0, J18.0, K21.0, K21.9, K81.0, L29.9, R42, R05, R06.0, R06.1, R06.2, R07.0, R50.9, R51, R58, S09.9, R63.0, R74.8, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.3, S80.8, R25.2, S66.9, T78.4.

# Παθολογία

---

99091: Collection and interpretation of physiologic data (eg, ECG, blood pressure, glucose monitoring) digitally stored and/or transmitted by the patient and/or caregiver to the physician or other qualified health care professional, qualified by education, training, licensure/regulation (when applicable) requiring a minimum of 30 minutes of time

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99204, 99205, 99212, 99213.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: O34.2.

# Παθολογία

---

## 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><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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                              |
| <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.<br><br><b>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</b><br>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,<br>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, |                              |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,<br>-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                                                                                                                                                                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| <b>B. 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><7 ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><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 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> |  |  |

| ΜΕΡΟΣ III                  |  |
|----------------------------|--|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ            |  |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ               |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ          |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ            |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |  |

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

## MEDICAL REPORT

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

|                                                                                                     |                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| NAME:                                                                                               |                                  |                                    |
| ID NUMBER:                                                                                          |                                  |                                    |
| Gender:                                                                                             | Male<br><input type="checkbox"/> | Female<br><input type="checkbox"/> |
| DOB:                                                                                                |                                  |                                    |
| Diagnosis:                                                                                          |                                  |                                    |
| Medical History <sup>i</sup> :                                                                      |                                  |                                    |
| Results from main laboratory/<br>radiology/ histopathology and<br>other examinations <sup>i</sup> : |                                  |                                    |

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ IV                          |  |
|-----------------------------------|--|
| ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ |  |
| ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ                        |  |
| ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ<br>ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ      |  |

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

- DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κίρσων οισοφάγου
  - πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

# Παθολογία

---

## CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Επείγοντα περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείριση εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

## ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ ΙΙ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
| <b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b><br><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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                              |
| <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.<br><br><b>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</b><br>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,<br>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, |                              |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |                                                                   |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,<br>-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                                                                                                                                                                                            |                                                                                | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                   | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                      |
| Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.                                                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                   |                                                          |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                                                            |                                                                                | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                   | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                      |
| <b>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><7 ημέρες <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 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> |  |  |

| ΜΕΡΟΣ III                  |  |
|----------------------------|--|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ            |  |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ               |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ          |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ            |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |  |

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

## MEDICAL REPORT

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

|                                                                                                     |                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| NAME:                                                                                               |                                  |                                    |
| ID NUMBER:                                                                                          |                                  |                                    |
| Gender:                                                                                             | Male<br><input type="checkbox"/> | Female<br><input type="checkbox"/> |
| DOB:                                                                                                |                                  |                                    |
| Diagnosis:                                                                                          |                                  |                                    |
| Medical History <sup>i</sup> :                                                                      |                                  |                                    |
| Results from main laboratory/<br>radiology/ histopathology and<br>other examinations <sup>i</sup> : |                                  |                                    |

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ IV                          |  |
|-----------------------------------|--|
| ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ |  |
| ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ                        |  |
| ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ<br>ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ      |  |

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

- DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
  - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
  - πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

# Παθολογία

---

## 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><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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                              |
| <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.<br><br><b>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</b><br>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,<br>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, |                              |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,<br>-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                                                                                                                                                                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.                                                                                                                                                                                                               |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| <b>B. 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><7 ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><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 III                  |  |
|----------------------------|--|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ            |  |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ               |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ          |  |
| ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ            |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ |  |

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

## MEDICAL REPORT

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

|                                                                                                     |                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| NAME:                                                                                               |                                  |                                    |
| ID NUMBER:                                                                                          |                                  |                                    |
| Gender:                                                                                             | Male<br><input type="checkbox"/> | Female<br><input type="checkbox"/> |
| DOB:                                                                                                |                                  |                                    |
| Diagnosis:                                                                                          |                                  |                                    |
| Medical History <sup>i</sup> :                                                                      |                                  |                                    |
| Results from main laboratory/<br>radiology/ histopathology and<br>other examinations <sup>i</sup> : |                                  |                                    |

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ IV                          |  |
|-----------------------------------|--|
| ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ |  |
| ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ                        |  |
| ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ<br>ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ      |  |

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

- DEXA
  - Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
    - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
    - πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
  - Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
  - Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
  - Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.
-