

---

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΡΣΩΝ

---

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

- a. Συμπτωματικοί, πρωτογενείς ή υποτροπιάζοντες κίρσοι
  - i. Βαθμού CEAP 2s, 3, 4, 5, 6
  - ii. Με εμφανή παλίνδρομη ροή > 0.5 δευτερόλεπτα στην Μείζων σαφηνή, Ελάσσων σαφηνή, Επικουρική σαφηνή ή Διαπιτραίνουσα φλέβα απεικονισμένη στον υπερήχο Duplex.
  
- b. Σε άτομα με
  - i. BMI < 30 ή BMI ≥ 30 με επιπλοκές (έλκος, θρόμβωση, αιμορραγία, λιποδερματοσκλήρυνση, ή φλεβικό έκζεμα)
  - ii. ηλικία < 70 ετών ή ηλικία ≥ 70 ετών με επιπλοκές
  
- c. Πραγματοποιούνται με τις πιο κάτω μεθόδους:
  - Θερμοκαυτηριασμός: ενδοφλέβια εφαρμογή laser ή ραδιοσυχνοτήτων
  - Χειρουργική απολίνωση και εκρίζωση (για αγγείο διαμέτρου > 2cm ή μη δυνατότητα πραγματοποίησης θερμοκαυτηριασμού για λόγους εμπειρίας/εκπαίδευσης/διαθεσιμότητας)

Η αντιμετώπιση τηλαγγειεκτασιών και δικτυωτών φλεβεκτασιών δεν θεωρούνται ιατρικά απαραίτητες και συνεπώς δεν αποζημιώνονται από το ΓεΣΥ.

Για Υποτροπιάζοντες κίρσους που παρουσιάζονται σε < 3 χρόνια από την προηγούμενη επέμβαση και αφορούν το ίδιο πόδι, θα πρέπει να γίνεται αναφορά στο είδος και την περιοχή της προηγούμενης επέμβασης.

### **Απαραίτητες Υποστηρικτικές Πληροφορίες:**

- i. Εικόνα από την υπερηχογραφική μελέτη με Duplex που να τεκμηριώνεται παλινδρομη ροή >0.5 δευτερόλεπτα σε μία από τις (Μείζων σαφηνή, Ελάσσων σαφηνή, Επικουρική σαφηνή η Διαπιτραίνουσα) φλέβα. Να συμπεριλαμβάνεται επίσης στιγμιότυπο από τον υπέρηχο που να τεκμηριώνει την διάμετρο του αγγείου>3mm
  
- ii. Στην περίπτωση κωδικοποίησης διεργασίας κιρσών με επιπλοκές μόνο: Τεκμηρίωση επιπλοκών είτε μέσω υπέρηχου (θρόμβωση) είτε με φωτοτεκμηρίωση (έλκος, έκζεμα λιποδερματοσκλήρυνση)

## ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΙΡΣΩΝ

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με \* πρέπει να απαντώνται πάντοτε.

### ΜΕΡΟΣ 1

- Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένου τυχόν επιπλοκών εφόσον υπάρχουν)\*:

.....  
.....

- Παρακαλώ σημειώστε το στάδιο των κίρσων κατά τη ταξινόμηση CEAP\*

.....  
.....

- Παρακαλώ σημειώστε το ΔΜΣ του ασθενή\*

.....  
.....

### ΜΕΡΟΣ 2

#### Μέρος 2α:

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

1. Σύμφωνα με τις διαθέσιμες πληροφορίες, ο ασθενής δεν έχει υποβληθεί σε διαδικασία αντιμετώπισης κίρσων εντός των προηγούμενων 3 ετών στο ίδιο πόδι

2. Ο ασθενής έχει υποβληθεί εντός των προηγούμενων 3 ετών σε διαδικασία αντιμετώπισης κίρσων στο ίδιο πόδι

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

Σε περίπτωση που ισχύει η δήλωση 2 παρακαλώ συμπληρώστε για την επέμβαση που προηγήθηκε

Όνομα Θεράποντα Ιατρού

.....

Λόγος υποτροπής

.....

.....

### Μέρος 3

- Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την απαραίτητη σχετική τεκμηρίωση\*
- Επιβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες\*