

# Περιεχόμενα

## Νευροχειρουργική

|              |    |
|--------------|----|
| 99201 .....  | 3  |
| 99202 .....  | 4  |
| 99203 .....  | 5  |
| 99204 .....  | 6  |
| 99205 .....  | 7  |
| 99212 .....  | 8  |
| 99213 .....  | 9  |
| 99214 .....  | 10 |
| 99215 .....  | 11 |
| 99441 .....  | 12 |
| CY284: ..... | 13 |
| 00635 .....  | 14 |
| 10120 .....  | 15 |
| 10121 .....  | 16 |
| 10160 .....  | 17 |
| 12001 .....  | 18 |
| 12002 .....  | 19 |
| 20526 .....  | 20 |
| 29848 .....  | 21 |
| 37609 .....  | 22 |
| 62270 .....  | 23 |
| 62272 .....  | 24 |
| 62321 .....  | 25 |
| 62323 .....  | 26 |
| 64400 .....  | 27 |
| 64402 .....  | 31 |
| 64405 .....  | 35 |
| 64408 .....  | 36 |
| 64410 .....  | 40 |
| 64413 .....  | 44 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 64415 .....  | 48  |
| 64417 .....  | 52  |
| 64418 .....  | 56  |
| 64420 .....  | 60  |
| 64421 .....  | 64  |
| 64425 .....  | 68  |
| 64430 .....  | 72  |
| 64445 .....  | 76  |
| 64483 .....  | 80  |
| 64484 .....  | 81  |
| 64490 .....  | 82  |
| 64491 .....  | 83  |
| 64492 .....  | 84  |
| 64493 .....  | 85  |
| 64494 .....  | 86  |
| 64495 .....  | 87  |
| 64721 .....  | 88  |
| 77003 .....  | 89  |
| 77012 .....  | 91  |
| 96372 .....  | 93  |
| CY089 .....  | 94  |
| CY125 .....  | 96  |
| CY233: ..... | 98  |
| CY248: ..... | 100 |
| CY280 .....  | 102 |
| CY281 .....  | 103 |
| CY293 .....  | 104 |
| CY294 .....  | 113 |
| CY295 .....  | 122 |

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

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.

# Νευροχειρουργική

---

CY284: Postoperative visit within <30 days from discharge

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

# Νευροχειρουργική

---

00635: Anesthesia for procedures in lumbar region; diagnostic or therapeutic lumbar puncture; requiring the presence of an anaesthesiologist.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

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

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

# Νευροχειρουργική

---

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

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

# Νευροχειρουργική

---

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

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

# Νευροχειρουργική

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 10120, 10121, 29848, 64721 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, G93.3, N92.5, J34.0, J34.1, J34.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, L02.9, L98.3, N76.3, L98.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R03.0, R05, R06.2, R09.8, R16.0, R16.2.

# Νευροχειρουργική

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 10120, 10121, 29848, 64721 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E10.9, G93.3, N63, L98.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, O86.0.

# Νευροχειρουργική

---

20526: Injection, therapeutic (e.g., local anesthetic, corticosteroid), carpal tunnel.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.9, A59.0, I10, N94.4, N94.5, N94.6, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K30, M79.1, M79.7, M54.5, M60.9, R30.0, R30.9.

# Νευροχειρουργική

---

29848: Endoscopy, wrist, surgical, with release of transverse carpal ligament.

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

# Νευροχειρουργική

---

37609: Ligation or biopsy, temporal artery.

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

# Νευροχειρουργική

---

62270: Spinal puncture, lumbar, diagnostic.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, G44.1, R90.8, R51, R93.8.

# Νευροχειρουργική

---

62272: Spinal puncture, therapeutic, for drainage of cerebrospinal fluid (by needle or catheter).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: N23.

# Νευροχειρουργική

---

62321: Injection(s), of diagnostic or therapeutic substance(s) (e.g., anesthetic, antispasmodic, opioid, steroid, other solution), not including neurolytic substances, including needle or catheter placement, interlaminar epidural or subarachnoid, cervical or thoracic; with imaging guidance (i.e., fluoroscopy or CT).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

62323: Injection(s), of diagnostic or therapeutic substance(s) (e.g., anesthetic, antispasmodic, opioid, steroid, other solution), not including neurolytic substances, including needle or catheter placement, interlaminar epidural or subarachnoid, lumbar or sacral (caudal); with imaging guidance (i.e., fluoroscopy or CT).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64400: Injection, anesthetic agent; trigeminal nerve, any division or branch.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
- Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
  1. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
  1. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
- Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
  1. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
  1. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης **ή**
  2. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**

- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 βδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπewρώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:
  1. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή
  1. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή
  2. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νEURων του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**

- Επανάληψη του αποκλεισμού νεύρων θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

**Σημ:** Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

**\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει.....**

**\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε**

**α) Ουσία\*:** .....

**β) Δοσολογία\* :** .....

#### **Σημείωση:**

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

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.

# Νευροχειρουργική

---

64402: Injection, anesthetic agent; facial nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
- Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
  2. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
  3. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
- Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
  3. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
  4. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
  5. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:
  3. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή
  4. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή
  5. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64405: Injection, anesthetic agent; greater occipital nerve.

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

# Νευροχειρουργική

---

64408: Injection, anesthetic agent; vagus nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
- Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
  4. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
  5. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
- Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
  6. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
  7. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
  8. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:
  - 6. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή
  - 7. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή
  - 8. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις Α-Η ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64410: Injection, anesthetic agent; phrenic nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
6. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
7. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
9. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
10. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
11. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνοϋπερώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

9. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

10. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

11. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64413: Injection, anesthetic agent; cervical plexus.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G43.9, G44.1-4, G44.8, G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, M79.7, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
8. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
9. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
12. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
13. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
14. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

12. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

13. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

14. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

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

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.

# Νευροχειρουργική

---

64415: Injection, anesthetic agent; brachial plexus, single.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
10. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
11. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
15. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
16. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
17. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνοϋπερώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

15. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

16. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

17. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64417: Injection, anesthetic agent; axillary nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
12. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
13. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
18. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
19. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
20. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

18. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

19. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

20. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64418: Injection, anesthetic agent; suprascapular nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
14. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
15. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
21. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
22. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
23. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνοϋπερώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

21. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

22. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

23. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64420: Injection, anesthetic agent; intercostal nerve, single.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
16. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
17. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
24. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
25. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
26. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

24. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

25. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

26. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

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

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.

# Νευροχειρουργική

---

64421: Injection, anesthetic agent; intercostal nerves, multiple, regional block.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
18. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
19. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
27. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
28. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
29. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

27. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

28. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

29. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

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

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.

# Νευροχειρουργική

---

64425: Injection, anesthetic agent; ilioinguinal, iliohypogastric nerves.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
20. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
21. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
30. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
31. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
32. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπewώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

30. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

31. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

32. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64430: Injection, anesthetic agent; pudendal nerve.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
22. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
23. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
33. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
34. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
35. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπewρώιου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

33. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

34. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

35. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64445: Injection, anesthetic agent; sciatic nerve, single.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G57.6, M25.5, M54.1, M54.2, M54.5, M54.6, M70.6, M70.7, M72.2, M75.0, M76.0, M79.2, M79.6, N94.8, Q85.0, R07.1, T87.3

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

(για κωδικούς 64400, 64402, 64408, 64410, 64413, 64415, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64447 και 64450)

Η χορήγηση αναισθητικού παράγοντα δύναται να αποζημιωθεί μόνο επί των πιο κάτω ενδείξεων:

### **Συμπαθητικά νεύρα**

#### **A. Σύνδρομο Περίπλοκου Περιοχικού Πόνου (complex regional pain syndrome CRPS)**

- Συνεχής πόνος με διάρκεια > 4 εβδομάδων **και**
  - Απουσία ανταπόκρισης σε όλες τις ακόλουθες συμβατικές θεραπείες
24. Χορήγηση Αντικαταθλιπτικών ή αντισπασμωδικών φαρμακευτικών ουσιών **και**
25. Φυσιοθεραπεία, Εργοθεραπεία ή κατ'οικον άσκησης διάρκειας > 4 εβδομάδων

#### **B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα**

- Πόνος που δεν υφίσταται κατά την ανάπαυση **ή**
  - Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται
36. Σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσος
37. Ο ασθενής αντενδείκνυται να υποβληθεί σε επέμβαση επαναγγείωσης ή
38. Μετά από αποτυχημένη επέμβαση επαναγγείωσης

#### **Γ. Καρκίνος Παγκρέατος**

- Σοβαρός Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Μετά από αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας αντιμετώπισης ή δεν συνίσταται άλλη αντιμετώπιση

#### **Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα**

- Χρόνιος Κοιλιακός πόνος ή πόνος στην πλάτη **και**
- Πόνος που επιμένει μετά από παρεντερική χορήγηση οπιούχων αναλγητικών για > 1 εβδομάδα

Σημ: Ο αποκλεισμός του γαγγλίου του IMPAR της ιεροκοκκυγικής άρθρωσης όπως επίσης και ο αποκλεισμός σφηνουπρωίου Γαγγλίου πόνο θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτει σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

## Περιφερικά Νεύρα

### Ε. Νεύρωμα Morton

- Πόνος στα πόδια ή και στα δάκτυλα των ποδιών **και**
- Υποψία ύπαρξης νευρώματος Morton μετά από την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς.

### Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

- Πόνος στα πόδια **και**
- Υποψία για πελματιαία απονευρωσίτιδα ή άλλη νευρίτιδα του ποδιού την κλινική εξέταση και ιστορικό του ασθενούς **και**
- Παραμονή των συμπτωμάτων μετά και από συντηρητική αντιμετώπιση για  $\geq 3$  εβδομάδες συμπεριλαμβανομένου τουλάχιστον ενός εκ των πιο κάτω:

36. Αλλαγή σωματικής δραστηριότητας ή

37. Τοποθέτηση ορθοτικών ειδών/ νάρθηκα/ταινίας ή

38. Χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (π.χ. ΜΣΑΦ)

Σημ: Η όποια απεικόνιση (υπερηχογραφική ή άλλη) για αποκλεισμό των νευρών του άκρου ποδός δεν πληροί τα κριτήρια της ιατρικής αναγκαιότητας.

### Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

- Πόνος στην επηρεασμένη περιοχή **και**
- Μη ανταπόκριση σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ΜΣΑΦ, αλλαγή σωματικής δραστηριότητας κ.α.) **και**
- Επανάληψη του αποκλεισμού νευρών θεωρείται ως ιατρικά απαραίτητη μόνο εφόσον καταδειχθεί ότι παρουσιάστηκε τουλάχιστον 50% ύφεση του πόνου για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων

Σημ: Ο αποκλεισμός οποιουδήποτε ινιακού ή κρανιακού νεύρου για τη θεραπεία της ινιακής νευραλγίας ή κεφαλαλγίας, αποκλεισμός οποιουδήποτε περιφερικού νεύρου για την αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και ο αποκλεισμός των μικρών αισθητικών νεύρων (genicular nerves) για την θεραπεία του χρόνου πόνους στο γόνατο θεωρούνται ότι βρίσκονται σε πειραματικό ή ερευνητικό στάδιο συνεπώς δεν εμπίπτουν σε αυτά που τεκμηριώνουν την ιατρική αναγκαιότητα και δεν δύναται να αποζημιωθούν.

\* Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις A-H ισχύει .....

\* Παρακαλώ όπως καταγράψετε πιο κάτω την ουσία και η δοσολογία που χορηγήθηκε

α) Ουσία\*: .....

β) Δοσολογία\* : .....

#### Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα και τα τρία πιο πάνω πεδία.

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.

# Νευροχειρουργική

---

64483: Injection(s), anesthetic agent and/or steroid, transforaminal epidural, with imaging guidance (fluoroscopy or CT); lumbar or sacral, single level.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 30% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Η δραστηριότητα 64483 αποζημιώνεται μέχρι 6 επισκέψεις ανά δικαιούχο, ανά έτος.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64484: Injection(s), anesthetic agent and/or steroid, transforaminal epidural, with imaging guidance (fluoroscopy or CT); lumbar or sacral, each additional level (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.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 20% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Να υποβάλλεται πάντα μαζί με τον κωδικό 64483.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64490: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), cervical or thoracic; single level.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64491: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), cervical or thoracic; second level (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.
- Να υποβάλλεται πάντα μαζί με τον κωδικό 64490.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64492: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), cervical or thoracic; third and any additional level(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.
- Να υποβάλλεται πάντα μαζί με τον κωδικό 64490.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64493: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), lumbar or sacral; single level.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64494: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), lumbar or sacral; second level (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.
- Να υποβάλλεται πάντα μαζί με τον κωδικό 64493.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

64495: Injection(s), diagnostic or therapeutic agent, paravertebral facet (zygapophyseal) joint (or nerves innervating that joint) with image guidance (fluoroscopy or CT), lumbar or sacral; third and any additional level(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.
- Να υποβάλλεται πάντα μαζί με τον κωδικό 64493.
- Να υποβάλλεται σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες 77012 ή 77003.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

# Νευροχειρουργική

---

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

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

# Νευροχειρουργική

---

77003: Fluoroscopic guidance and localization of needle or catheter tip for spine or paraspinous diagnostic or therapeutic injection procedures (epidural or subarachnoid).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο από αδειοδοτημένο ακτινολογικό κέντρο (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: I10.

## Βεβαίωση Χρήσης Ακτινολογικών Εγκαταστάσεων

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εγκαταστάσεων για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων υπό καθοδήγηση με υπολογιστικό τομογράφο ή ακτινοσκόπηση.

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Ακτινολογικού Κέντρου: .....

**Μεταφόρτωση Τιμολογίου:**

**PLACEHOLDER FOR THE INVOICE**

# Νευροχειρουργική

---

77012: Computed tomography guidance for needle placement (e.g., biopsy, aspiration, injection, localization device), radiological supervision and interpretation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο από αδειοδοτημένο ακτινολογικό κέντρο (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

## Βεβαίωση Χρήσης Ακτινολογικών Εγκαταστάσεων

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εγκαταστάσεων για την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων υπό καθοδήγηση με υπολογιστικό τομογράφο ή ακτινοσκόπηση.

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Ακτινολογικού Κέντρου: .....

**Μεταφόρτωση Τιμολογίου:**

**PLACEHOLDER FOR THE INVOICE**

# Νευροχειρουργική

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.
- 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.

# Νευροχειρουργική

---

CY089: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Οι κωδικοί που αφορούν σε χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός νοσηλευτηρίου δύναται να υποβάλλονται μόνο στις περιπτώσεις όπου στην απαίτηση υπάρχει τουλάχιστον ένας εκ των παρακάτω κωδικών: 00635, 10121, 12001, 12002, 29848, 37609, 62270, 62272, 62321, 62323, 64400, 64483, 64484, 64490, 64491, 64492, 64493, 64494, 64495, 64721, 77003, 77012.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

# Νευροχειρουργική

---

CY125: Facility fee > 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Οι κωδικοί που αφορούν σε χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός νοσηλευτηρίου δύναται να υποβάλλονται μόνο στις περιπτώσεις όπου στην απαίτηση υπάρχει τουλάχιστον ένας εκ των παρακάτω κωδικών: 00635, 10121, 12001, 12002, 29848, 37609, 62270, 62272, 62321, 62323, 64400, 64483, 64484, 64490, 64491, 64492, 64493, 64494, 64495, 64721, 77003, 77012.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης: .....

Ημερομηνία και ώρα λήξης: .....

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου: .....

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

# Νευροχειρουργική

CY233: Enrollment of a patient in the registry of neurological patients requiring physiotherapy

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η ένταξη ασθενών στο μητρώο νευρολογικών ασθενών που χρήζουν υπηρεσίες φυσιοθεραπείας πραγματοποιείται μέσω του κωδικού αυτού εφόσον η διάγνωση εμπίπτει στις παρακάτω:
  - A80.3, A80.4, A85.8, A86, B50.0, B58.9, B91, C15.0, C25.9, C34.0, C34.9, C40.9, C41.2, C43.9, C44.9, C47.1, C48.0, C49.9, C67.9, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.9, C73, C79.3, C79.4, C79.5, C80.9, C81.7, C83.3, C83.9, C85.1, C90.0, D16.6, D32.0, D32.1, D32.9, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.4, D35.3, D42.0, D43.0, D43.1, D43.2, D43.4, D43.7, D44.3, D44.4, D46.7, D48.0, D82.1, D86.9, E11.4, E11.9, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.3, E72.4, E72.5, E74.0, E74.2, E74.4, E75.0, E75.1, E75.2, E75.4, E76.0, E76.1, E76.2, E77.0, E77.1, E79.1, E79.8, E83.0, E85.1, E85.2, E88.8, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9, F01.0, F01.2, F01.3, F01.9, F02.3, F03, F04, F71.1, F72.1, F82, F84.0, F84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9, G00.1, G00.9, G03.1, G04.0, G04.8, G04.9, G05.0, G05.1, G05.8, G06.1, G06.2, G08, G10, G11.0, G11.1, G11.2, G11.3, G11.4, G11.8, G12.0, G12.1, G12.2, G12.9, G13.0, G14, G20, G21.0, G21.2, G21.4, G21.8, G21.9, G22, G23.0, G23.1, G23.2, G23.3, G23.9, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.5, G24.8, G24.9, G25.0, G25.5, G25.8, G25.9, G26, G30.0, G30.1, G30.9, G31.0, G31.1, G31.8, G31.9, G32.0, G35, G36.0, G36.8, G37.2, G37.3, G37.8, G37.9, G40.4, G45.0, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, G51.0, G51.8, G51.9, G52.0, G52.7, G52.8, G52.9, G53.0, G53.8, G54.0, G54.1, G54.2, G54.3, G54.4, G54.5, G54.8, G54.9, G55.0, G55.1, G55.2, G55.3, G55.8, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.4, G56.8, G56.9, G57.0, G57.1, G57.2, G57.3, G57.4, G57.5, G57.6, G57.8, G57.9, G58.0, G58.7, G58.8, G58.9, G59.0, G59.8, G60.0, G60.1, G60.2, G60.3, G60.9, G61.0, G61.8, G61.9, G62.0, G62.1, G62.2, G62.8, G62.9, G63.0, G63.1, G63.2, G63.3, G63.4, G63.5, G63.6, G63.8, G64, G70.0, G70.1, G70.2, G70.8, G70.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, G73.0, G73.1, G73.2, G73.3, G73.4, G73.5, G73.6, G73.7, G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9, G81.0, G81.1, G81.9, G82.0, G82.1, G82.2, G82.3, G82.4, G82.5, G83.0, G83.1, G83.2, G83.3, G83.4, G83.5, G83.8, G83.9, G90.0, G90.1,

G91.0, G91.1, G91.2, G91.3, G91.8, G91.9, G92, G93.1, G93.2, G93.4, G93.5, G93.6, G93.7, G93.8, G94.2, G94.8, G95.0, G95.1, G95.2, G95.8, G95.9, G99.2, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62.0, I62.1, I62.9, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.2, I67.0, I67.1, I67.2, I67.3, I67.8, I67.9, I68.0, I68.2, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I72.9, M21.3, M50.0, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q01.0, Q01.1, Q01.2, Q02, Q03.1, Q03.9, Q04.1, Q04.2, Q04.3, Q04.4, Q04.6, Q04.8, Q05.2, Q05.9, Q06.9, Q07.0, Q07.8, Q28.0, Q28.1, Q28.2, Q43.1, Q74.3, Q75.1, Q75.3, Q76.1, Q76.2, Q77.3, Q77.4, Q77.7, Q77.8, Q77.9, Q78.0, Q79.6, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q86.0, Q87.0, Q87.2, Q87.4, Q87.8, Q89.8, Q90.0, Q90.1, Q90.9, Q91.0, Q91.4, Q92.0, Q92.1, Q92.2, Q92.3, Q92.8, Q93.3, Q93.4, Q93.5, Q93.8, Q99.0, Q99.2, Q99.8, Q99.9, R26.0, R26.1, R26.2, R26.8, R27.0, R62.8, R62.9, R90.0, S02.1, S04.0, S04.1, S04.2, S04.3, S04.4, S04.5, S04.6, S04.7, S04.8, S04.9, S06.0, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S06.8, S06.9, S09.9, S14.0, S14.1, S14.2, S14.3, S14.4, S14.5, S14.6, S24.0, S24.1, S24.2, S24.3, S24.4, S24.5, S24.6, S34.0, S34.1, S34.2, S34.3, S34.4, S34.5, S34.6, S34.8, S44.5, S44.7, S44.8, S44.9, S54.7, S54.8, S54.9, S64.0, S64.1, S64.2, S64.3, S64.4, S64.7, S64.8, S64.9, S74.2, S74.8, S74.9, S84.8, S84.9, S94.0, S94.1, S94.3, S94.7, S94.8, S94.9, T06.1, T06.2, T09.3, T09.4, T13.3, T14.4, T90.5, T91.1, T91.3.

# Νευροχειρουργική

CY248: Request for visits to speech therapist as a result of hemorrhagic stroke or craniocerebral injury

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η υποβολή αιτήματος για λήψη του προβλεπόμενου αριθμού επισκέψεων για δικαιούχους >12 ετών σε λογοπαθολόγο μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, θα πραγματοποιείται μέσω του κωδικού αυτού.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή (επόμενη σελίδα).

**ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ >12 ΕΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΙΤΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ Ή ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ**

| Διάγνωση Πάθησης από Πίνακα 2 (κωδικός ICD-10) | Ημερομηνία συμβάντος* | Σύμπτωμα από Πίνακα 1 (κωδικός ICD-10) |
|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|
|                                                |                       |                                        |
| <b>Παράδειγμα</b>                              |                       |                                        |
| <b>I61.3</b>                                   | <b>17/4/2022</b>      | <b>R47.0</b>                           |

\*Παρακαλείστε όπως κάνετε αναφορά στην ακριβή ημερομηνία συμβάντος

Στην περίπτωση που ο πίνακας πιο πάνω δεν περιλαμβάνει όλες τις προαπαιτούμενες πληροφορίες το αίτημα δεν μπορεί να τύχει αξιολόγησης και ως εκ τούτου θα απορρίπτεται.

# Νευροχειρουργική

---

CY280: Physiotherapy services after surgery

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

# Νευροχειρουργική

---

## CY281: Physiotherapy services after fracture

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ασθενής ο οποίος χρήζει φυσιοθεραπείας μετά από κάταγμα σπονδυλικής στήλης, αξιολογείται από θεράπων ιατρό Νευροχειρουργό στο πλαίσιο επίσκεψης του ασθενούς.
- Κατά την επίσκεψη, ο θεράπων ιατρός προχωρά στην υποβολή του κωδικού δραστηριότητας CY281 στην απαίτηση αποζημίωσης και ταυτόχρονα είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ο παρακάτω κωδικός διάγνωσης: T08 - Κάταγμα της σπονδυλικής στήλης, επίπεδο μη καθορισμένο ως κύρια διάγνωση της επίσκεψης.
- Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία είναι απαραίτητο ο ιατρός να εκδώσει στην ίδια επίσκεψη παραπεμπτικό με κύρια διάγνωση τον κωδικό διάγνωσης T08 καθώς επίσης να τεκμηριώσει στις κλινικές σημειώσεις την κατάσταση υγείας του δικαιούχου.

# Νευροχειρουργική

---

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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                              |
| <p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:<br/>           -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,<br/>           -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</p> |                              |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| -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<br><br>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                                                            |                                                                                    | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                       | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                          |
| <b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b><br><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>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                                                                       |                                                              |
| Γ. Απαιτείται αερομεταφορά                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    | 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.

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>1</sup>:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</p> |  |
| <p><b>Prior/current treatment/management:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <p><b>Proposed treatment / management abroad:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)</p>                                                                                                                                               |  |
| <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 πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - ο αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - ο υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - ο Εφόσον εφαρμόζεται, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
  - ο DEXA

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

# Νευροχειρουργική

---

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

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

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ Ι                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                    |
| ΦΥΛΟ                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/></div> <div>ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/></div> |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</b><br><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> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></div> | <div>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></div> |
| <b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,</li> <li>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</li> <li>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</li> </ul> |                                         |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                  |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,<br>-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και<br>-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό. |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                | <input type="checkbox"/>                                         |                                                          |
| <b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| (α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας                                                                                                                                                                                         | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται                                                                                                                                                                                                                           | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας<br><br>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.     | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                     | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| <b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b><br><48 ώρες <input type="checkbox"/> | <b>Επείγον περιστατικό:</b><br><7ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><input type="checkbox"/> |
| <b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>                                                   | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b><br><br><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:<br><br>(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.<br><br>(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:<br><br>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),<br>ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,<br>iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2. |  |

| ΜΕΡΟΣ III                         |  |
|-----------------------------------|--|
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ                   |  |
| <b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ</b>               |  |
| <b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>          |  |
| <b>ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>            |  |
| <b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ</b> |  |

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

## MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations <sup>1</sup> : |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30 ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</p> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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

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

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| <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 πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει 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,
  - ο DEXA

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

# Νευροχειρουργική

---

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <div>ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/></div> <div>ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/></div> |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    |
| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ</b><br><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> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></div> | <div>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></div> |
| <b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                         |
| <p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,</li> <li>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</li> <li>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</li> </ul> |                                         |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                  |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού,<br>-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,<br>-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και<br>-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό. |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                | <input type="checkbox"/>                                         |                                                          |
| <b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| (α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας                                                                                                                                                                                         | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται                                                                                                                                                                                                                           | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας<br><br>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.     | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| (δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.                                                                                                     | ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                                                | ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>                              |                                                          |
| <b>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>                                                                                                                                                                                                                             | <b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b><br><48 ώρες <input type="checkbox"/> | <b>Επείγον περιστατικό:</b><br><7ημέρες <input type="checkbox"/> | <b>Κανονικό Περιστατικό:</b><br><input type="checkbox"/> |
| <b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                  |                                                          |
| <b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | ΝΑΙ <input type="checkbox"/>                                                   | ΟΧΙ <input type="checkbox"/>                                     |                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <p><b>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</b></p> <p><b>Σημείωση:</b> Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (<a href="https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad">https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad</a>). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη <b>ΒΕΒΑΙΩΣΗ</b> από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),</p> <p>ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,</p> <p>iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p> |  |

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

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

## MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>1</sup>:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</p> |  |
| <p><b>Prior/current treatment/management:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <p><b>Proposed treatment / management abroad:</b></p> <p>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)</p>                                                                                                                                               |  |
| <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 πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει 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,
  - ο DEXA

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