Περιεχόμενα

Νευρολογία

99201 5
99202 6
99203 7
99204 8
99205 9
99212 10
99213 11
99214 12
99215 13
99441 14
0109T 15
20200 16
20205 17
20206 18
62270 19
62367 20
62368 21
62369 22
64405 23
64569 24
64612 25
64615 26
64616 27
64642 28
64643 29
64644 30
64645 31
64646 32
64646-52 33
64647 34
64647-52 35
76942 36

92273: 37
92274: 38
92275 39
92517 40
92518 41
92585 42
92586 43
92652 44
92653 45
93880 46
93882 49
93886 50
93888 51
93890 52
93892 53
93893 54
95719 55
95719-52 56
95801 57
95801-52 60
95803 63
95805 65
95805-52 67
95806 69
95806-52 71
95810 73
95810-52 76
95811 79
95811-52 81
95812 83
95812-59 85
95812-EXC 87
95813 89
95813-52 90
95816 91
95819 92

95822 93
95860 94
95860-52 95
95861 96
95861-52 97
95863 98
95863-52 99
95864 100
95864-52 101
95867 102
95868 103
95870 104
95872 105
95872-52 106
95874 107
95885 108
95886 109
95887 110
95887-52 111
95905 112
95907 113
95908 114
95909 115
95910 116
95911 117
95912 118
95913 119
95921 120
95922 121
95923 122
95924 123
95925 124
95926 125
95927 126
95928 127
95929 128

95930 129
95930-76 130
95933 131
95933-52 132
95937 133
95937-52 134
95938 135
95939 136
95970 137
95971 138
95992 139
96118 140
96120 141
96365 142
96365-52 143
96366 144
96366-52 145
CY233: 146
CY248: 148
CY293 150
CY294 159
CY295 168

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

0109T: Quantitative sensory testing (QST), testing and interpretation per extremity; using heat-pain stimuli to assess small nerve fiber sensation and hyperalgesia.

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

20200: **Biopsy, muscle; superficial.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

20205: **Biopsy, muscle; deep.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

20206: **Biopsy, muscle, percutaneous needle.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

62270: **Spinal puncture, lumbar, diagnostic.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- 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.

Νευρολογία

62367: **Electronic analysis of programmable, implanted pump for intrathecal or epidural drug infusion (includes evaluation of reservoir status, alarm status, drug prescription status); without reprogramming or refill, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

62368: **Electronic analysis of programmable, implanted pump for intrathecal or epidural drug infusion (includes evaluation of reservoir status, alarm status, drug prescription status); with reprogramming, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

62369: **Electronic analysis of programmable, implanted pump for intrathecal or epidural drug infusion (includes evaluation of reservoir status, alarm status, drug prescription status); with reprogramming and refill, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64405: **Injection, anesthetic agent; greater occipital nerve.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64569: **Revision or replacement of cranial nerve (e.g., vagus nerve) neurostimulator electrode array, including connection to existing pulse generator, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64612: **Chemodenervation of muscle(s); muscle(s) innervated by facial nerve, unilateral (eg, for blepharospasm, hemifacial spasm)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

64615: **Chemodenervation of muscle(s); muscle(s) innervated by facial, trigeminal, cervical spinal and accessory nerves, bilateral (eg, for chronic migraine)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64616: **Chemodenervation of muscle(s); neck muscle(s), excluding muscles of the larynx, unilateral (eg, for cervical dystonia, spasmodic torticollis)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64642: **Chemodenervation of one extremity; 1-4 muscle(s)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64643: **Chemodenervation of one extremity; each additional extremity, 1-4 muscle(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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.

Νευρολογία

64644: **Chemodenervation of one extremity; 5 or more muscles**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64645: **Chemodenervation of one extremity; each additional extremity, 5 or more muscles (List separately in addition to code for primary procedure)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64646: **Chemodenervation of trunk muscle(s); 1-5 muscle(s)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64646-52: **Chemodenervation of trunk muscle(s); 1-5 muscle(s)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 64646.

Νευρολογία

64647: **Chemodenervation of trunk muscle(s); 6 or more muscle(s)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

64647-52: **Chemodenervation of trunk muscle(s); 6 or more muscle(s)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 64647.

Νευρολογία

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

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

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

Νευρολογία

92273: **Electroretinography (ERG), with interpretation and report; full field (ie, ffERG, flash ERG, Ganzfeld ERG)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Νευρολογία

92274: **Electroretinography (ERG), with interpretation and report; multifocal (mfERG)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου

Νευρολογία

92275: **Electroretinography with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

92517: **Vestibular evoked myogenic potential (VEMP) testing, with interpretation and report; cervical (cVEMP)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Νευρολογία

92518: **Vestibular evoked myogenic potential (VEMP) testing, with interpretation and report; ocular (oVEMP)**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Νευρολογία

92585: **Auditory evoked potentials for evoked response audiometry and/or testing of the central nervous system; comprehensive, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

92586: **Auditory evoked potentials for evoked response audiometry and/or testing of the central nervous system; limited, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

92652: **Auditory evoked potentials; for threshold estimation at multiple frequencies, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Νευρολογία

92653: **Auditory evoked potentials; neurodiagnostic, with interpretation and report**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: G47.0, H53.8, G93.3, E01.1, E03.9, E04.1, E04.2, N92.0, N92.5, J20.9, N92.6, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, K21.9, R06.0, R59.0, R59.1, R59.9, R60.0, R60.1, R60.9.

Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης εξωκρανιακών αρτηριών

(για τον κωδικό 93880)

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

1. Νέα ή επιδεινούμενα νευρολογικά συμπτώματα (διερεύνηση παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου)

2. Σημεία συμβατά με εμβολή από τη βυθοσκόπηση (πλάκα Hollenhorst)

3. Συγκοπτικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μετά την αρχική καρδιαγγειακή εκτίμηση

4. Υπόνοια διαχωρισμού καρωτίδας

5. Σφύζων τραχηλικός όγκος

6. Φύσημα τραχηλικής χώρας χωρίς προηγηθείσα εξέταση καρωτίδας

7. Ζάλη ή διαταραχές όρασης κατά την εξέταση του άνω άκρου (πιθανό σύνδρομο υποκλοπής σπονδυλικής-υποκλειδίου)

8. Συμπτώματα συμβατά με απόφραξη σπονδυλοβασικού συστήματος (π.χ. ίλιγγος, αταξία, διπλωπία, δυσαρθρία, δυσφαγία)

9. Αθηρωμάτωση σε άλλα αγγεία

10. Σε διαγνωσμένη στένωση καρωτίδας >50% (ανά έτος από 50% έως 69%, ανά εξάμηνο από 70% και άνω)

11. Μετά από επεμβάσεις στην καρωτίδα (ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική) στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος

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

Σημείωση:

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

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

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

Νευρολογία

93882: **Duplex scan of extracranial arteries; unilateral or limited study, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E11.9, G44.1, E13.9, R42, R51, R94.6.

Νευρολογία

93886: **Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; complete study, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

93888: **Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; limited study, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

93890: **Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; vasoreactivity study, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

93892: **Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; emboli detection without intravenous microbubble injection, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

93893: **Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; emboli detection with intravenous microbubble injection, with interpretation and report Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; emboli detection with intravenous microbubble injection, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95719: **Electroencephalogram (EEG), continuous recording, physician or other qualified healthcare professional review of recorded events, analysis of spike and seizure detection, each increment of greater than 12hours, up to 26hours of EEG recording, interpretation and report after each 24-hour period without video.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να υποβάλει στον Οργανισμό, εφάπαξ, βεβαίωση μέσω προκαθορισμένου εντύπου (βλ. αρχείο word πιο κάτω) από την επίσημη αντιπροσωπεία του κατασκευαστή του μηχανήματος ή από εταιρεία εισαγωγής/διανομής ηλεκτροεγκεφαλογράφων, με την οποία να πιστοποιείται ότι διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό με δυνατότητα διενέργειας Ambulatory EEG.

95719-Βεβαίωση Κατοχής Εξοπλισμού

Νευρολογία

95719-52: Electroencephalogram (EEG), continuous recording, physician or other qualified healthcare professional review of recorded events, analysis of spike and seizure detection, each increment of greater than 12hours, up to 26hours of EEG recording, interpretation and report after each 24-hour period without video.

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να υποβάλει στον Οργανισμό, εφάπαξ, βεβαίωση μέσω προκαθορισμένου εντύπου (βλ. αρχείο word πιο κάτω) από την επίσημη αντιπροσωπεία του κατασκευαστή του μηχανήματος ή από εταιρεία εισαγωγής/διανομής ηλεκτροεγκεφαλογράφων, με την οποία να πιστοποιείται ότι διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό με δυνατότητα διενέργειας Ambulatory EEG.

95719-Βεβαίωση Κατοχής Εξοπλισμού

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95719.

Νευρολογία

95801: **Sleep study, unattended, simultaneous recording; minimum of heart rate, oxygen saturation, and respiratory analysis (e.g., by airflow or peripheral arterial tone).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Διεξάγεται κατόπιν ένδειξης Ερωτηματολογίου τύπου STOP-BANG με τιμές 3 ή 4 (επόμενη σελίδα).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Αν τα αποτελέσματα το τεκμηριώνουν μπορεί να ακολουθήσει πλήρης μελέτη ύπνου.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95806, 95810, 95811) με εξαίρεση τη μελέτη ύπνου τύπου 2 (95805).
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.

Name _____
Height _____ Weight _____
Age _____ Male / Female _____

STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire

Chung F et al Anesthesiology 2008 and BJA 2012

STOP		
Do you **S**NORE loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?	Yes	No
Do you often feel **T**IRED, fatigued, or sleepy during daytime?	Yes	No
Has anyone **O**BSERVED you stop breathing during your sleep?	Yes	No
Do you have or are you being treated for high blood **P**RESSURE?	Yes	No

BANG		
BMI more than 35kg/m2?	Yes	No
AGE over 50 years old?	Yes	No
NECK circumference > 16 inches (40cm)?	Yes	No
GENDER: Male?	Yes	No

TOTAL SCORE		

High risk of OSA: Yes 5 - 8

Intermediate risk of OSA: Yes 3 - 4

Low risk of OSA: Yes 0 - 2

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια διαγνωστικής μελετών ύπνου τύπου 4

(Για τους κωδικούς 95801 και 99801-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της διαγνωστικής μελέτης ύπνου τύπου 4 από Πνευμονολόγους (ή Ιατρούς Ύπνου) με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην Ιατρική Ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς στην πιο κάτω περίπτωση:

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια

Σε περιπτώσεις υποψίας αποφρακτικής άπνοιας μόνο βάσει της ένδειξης αποτελέσματος Ερωτηματολογίου τύπου STOP-BANG με τιμές 3 ή 4 .

Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί το Ερωτηματολόγιο τύπου STOP-BANG ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε το βαθμολογικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOP-BANG ……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95801-52: **Sleep study, unattended, simultaneous recording; minimum of heart rate, oxygen saturation, and respiratory analysis (e.g., by airflow or peripheral arterial tone).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95801.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.

Name _____
Height _____ Weight _____
Age _____ Male / Female _____

STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire

Chung F et al Anesthesiology 2008 and BJA 2012

STOP		
Do you **S**NORE loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?	Yes	No
Do you often feel **T**IRED, fatigued, or sleepy during daytime?	Yes	No
Has anyone **O**BSERVED you stop breathing during your sleep?	Yes	No
Do you have or are you being treated for high blood **P**RESSURE?	Yes	No

BANG		
BMI more than 35kg/m2?	Yes	No
AGE over 50 years old?	Yes	No
NECK circumference > 16 inches (40cm)?	Yes	No
GENDER: Male?	Yes	No

TOTAL SCORE		

High risk of OSA: Yes 5 - 8

Intermediate risk of OSA: Yes 3 - 4

Low risk of OSA: Yes 0 - 2

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια διαγνωστικής μελετών ύπνου τύπου 4

(Για τους κωδικούς 95801 και 99801-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της διαγνωστικής μελέτης ύπνου τύπου 4 από Πνευμονολόγους (ή Ιατρούς Ύπνου) με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην Ιατρική Ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς στην πιο κάτω περίπτωση:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**

Σε περιπτώσεις υποψίας αποφρακτικής άπνοιας μόνο βάσει της ένδειξης αποτελέσματος Ερωτηματολογίου τύπου STOP-BANG με τιμές 3 ή 4 .

Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί το Ερωτηματολόγιο τύπου STOP-BANG ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε το βαθμολογικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOP-BANG ……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95803: **Actigraphy testing, recording, analysis, interpretation, and report (minimum of 72 hours to 14 consecutive days of recording).**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.

- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο Διενέργειας Ακτινογραφίας

(Για τον κωδικό 95803)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια Ακτιγραφίας από Ιατρούς με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην Ιατρική του Ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς.

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

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.

Νευρολογία

95805: **Multiple sleep latency or maintenance of wakefulness testing, recording, analysis and interpretation of physiological measurements of sleep during multiple trials to assess sleepiness.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95806, 95811) με εξαίρεση τις δραστηριότητες 95801 και 95810.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 2

(Για τους κωδικούς 95805 και 99805-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 2 μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς και στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**:

Επιβεβαιώνω ότι έχει προηγηθεί ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1a, το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης , τα αποτελέσματα της οποίας τεκμηριώνουν την ανάγκη διενέργειας πλήρης μελέτης ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1α……

2. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας** ☐
3. **Διερεύνηση ικανότητας διατήρησης της εγρήγορσης κατά την ημέρα** ☐
4. **Υποψία διαταραχής αντίληψης της υπνηλίας (αιφνίδια επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα)** ☐
5. **Υπνηλία άλλης αιτιολογίας** ☐

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95805-52: **Multiple sleep latency or maintenance of wakefulness testing, recording, analysis and interpretation of physiological measurements of sleep during multiple trials to assess sleepiness.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95805
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

<u>Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 2</u>

<u>(Για τους κωδικούς 95805 και 99805-52)</u>

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 2 μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς και στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**:

Επιβεβαιώνω ότι έχει προηγηθεί ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1a, το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης , τα αποτελέσματα της οποίας τεκμηριώνουν την ανάγκη διενέργειας πλήρης μελέτης ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1α……

2. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας** ☐
3. **Διερεύνηση ικανότητας διατήρησης της εγρήγορσης κατά την ημέρα** ☐
4. **Υποψία διαταραχής αντίληψης της υπνηλίας (αιφνίδια επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα)** ☐
5. **Υπνηλία άλλης αιτιολογίας** ☐

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95806: **Sleep study, unattended, simultaneous recording of, heart rate, oxygen saturation, respiratory airflow, and respiratory effort (e.g., thoracoabdominal movement).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95801, 95805, 95810, 95811).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

<u>Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 3</u>

<u>(Για τους κωδικούς 95806 και 95806-52)</u>

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 3 μόνο από Πνευμονολόγους ή Ιατρούς του Ύπνου (με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς) και μόνο στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**
   a. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο STOPBANG με αποτέλεσμα ≥ 5 ☐

   Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOPBANG ……

   b. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο EPWORTH με αποτέλεσμα ≥ 10 ☐

   Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου Epworth ……

   c. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρτική διαγνωστική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι ≥ 15//h ☐

   Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρτικής μελέτης ύπνου τύπου 4 ……

2. **Άλλες περιπτώσεις <u>χωρίς</u> να απαιτείται η διενέργεια του ερωτηματολογίου STOP-BANG:**
   a. Παθολογικό και έντονο ροχαλητό που συνοδεύεται από συμπτώματα ημέρας ☐
   b. Παθολογική παχυσαρκία με συμπτώματα ημέρας ή παχυσαρκία προ βαριατρικής επέμβασης ☐
   c. Σοβαρής μορφής άσθμα ☐
   d. Έλεγχος αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπειών ΣΑΥ ☐
   e. Ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση ή/και αρρυθμίες ☐

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95806-52: **Sleep study, unattended, simultaneous recording of, heart rate, oxygen saturation, respiratory airflow, and respiratory effort (e.g., thoracoabdominal movement).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95806.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

<u>Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 3</u>

<u>(Για τους κωδικούς 95806 και 95806-52)</u>

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 3 μόνο από Πνευμονολόγους ή Ιατρούς του Ύπνου (με πιστοποιημένη εκπαίδευση στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς) και μόνο στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**
   a. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο STOPBANG με αποτέλεσμα ≥ 5 ☐

   Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOPBANG ……

   b. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο EPWORTH με αποτέλεσμα ≥ 10 ☐

      Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου Epworth ……

   c. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρτική διαγνωστική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι ≥ 15//h ☐

   Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρτικής μελέτης ύπνου τύπου 4 ……

2. **Άλλες περιπτώσεις <u>χωρίς</u> να απαιτείται η διενέργεια του ερωτηματολογίου STOP-BANG:**
   a. Παθολογικό και έντονο ροχαλητό που συνοδεύεται από συμπτώματα ημέρας ☐
   b. Παθολογική παχυσαρκία με συμπτώματα ημέρας ή παχυσαρκία προ βαριατρικής επέμβασης ☐
   c. Σοβαρής μορφής άσθμα ☐
   d. Έλεγχος αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπειών ΣΑΥ ☐
   e. Ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση ή/και αρρυθμίες ☐

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95810: **Polysomnography; age 6 years or older, sleep staging with 4 or more additional parameters of sleep, attended by a technologist.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95801, 95806, 95811) με εξαίρεση την δραστηριότητα 95805.

- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.

- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.

- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, E03.9.

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1α

(Για τους κωδικούς 95810 και 95810-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της διαγνωστικής μελέτης ύπνου τύπου 1α μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς και σε υποψία ενός εκ των παρακάτω:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**:

   a. Με συννοσηρότητες (καρδιοαναπνευστικές νόσοι, νευρομυικά νοσήματα, πιθανός υποαερισμός, αϋπνία, ιστορικό ΑΕΕ, χρήση οποιοειδών) ☐
   b. Με συνυπαρχοντες παράγοντες περιβαλλοντικούς ή προσωπικούς που αποτρέπουν τη διεξαγωγή μελέτης ύπνου τύπου 3 ☐
   c. Με ισχυρή κλινική υποψία, κατά την οποία προηγήθηκε μελέτη ύπνου τύπου 3, η οποία δεν επιβεβαίωσε τη διάγνωση (AHI<15/h) ☐
   d. Σε περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρτική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι ≥15/h ☐
   e. Με υποκείμενη υπνηλία ή ημερήσια συμπτώματα παρά την επαρκή χρήση CPAP ☐
   f. Για έλεγχο αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπείας ΣΑΥ ☐

2. **Άλλες Διαταραχές ύπνου πλην της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας**

   a. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας**
   Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί Ερωτηματολόγιο Υπνηλίας π.χ. Epworth Sleepiness Scale απαραίτητη προϋπόθεση EPWORTH ≥ 10 ☐

   b. **Παραϋπνία** ☐

   c. **Κινητικές διαταραχές σχετιζόμενων με τον ύπνο** ☐

   d. **Κεντρικού τύπου υπνική άπνοια** παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, ενήλικες μετά από οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα ή νευρολογικά νοσήματα με στελεχιαία προσβολή κ.α. ☐

   e. **Νυκτερινών Παροξυσμικών Επεισοδίων** (Στην περίπτωση αναμένουμε να υπάρχει αναφορά στον τύπο στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης) ☐

   f. **Υποψία συνδρόμων υποαερισμού ή υποξαιμίας σχετιζόμενων με τον ύπνο** ☐

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95810-52: **Polysomnography; age 6 years or older, sleep staging with 4 or more additional parameters of sleep, attended by a technologist.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Στην περίπτωση μελετών ύπνου που έχουν ξεκινήσει αλλά δεν ολοκληρώθηκαν (95810).
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1α

(Για τους κωδικούς 95810 και 95810-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της διαγνωστικής μελέτης ύπνου τύπου 1α μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς και σε υποψία ενός εκ των παρακάτω:

1. **Αποφρακτική Υπνική Άπνοια**:

a. Με συννοσηρότητες (καρδιοαναπνευστικές νόσοι, νευρομυικά νοσήματα, πιθανός υποαερισμός, αϋπνία, ιστορικό ΑΕΕ, χρήση οποιοειδών) ☐
b. Με συνυπαρχοντες παράγοντες περιβαλλοντικούς ή προσωπικούς που αποτρέπουν τη διεξαγωγή μελέτης ύπνου τύπου 3 ☐
c. Με ισχυρή κλινική υποψία, κατά την οποία προηγήθηκε μελέτη ύπνου τύπου 3, η οποία δεν επιβεβαίωσε τη διάγνωση (AHI<15/h) ☐
d. Σε περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρτική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι ≥15/h ☐
e. Με υποκείμενη υπνηλία ή ημερήσια συμπτώματα παρά την επαρκή χρήση CPAP ☐
f. Για έλεγχο αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπείας ΣΑΥ ☐

2. **Άλλες Διαταραχές ύπνου πλην της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας**

a. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας**
Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί Ερωτηματολόγιο Υπνηλίας π.χ. Epworth Sleepiness Scale απαραίτητη προϋπόθεση EPWORTH ≥ 10 ☐

b. **Παραϋπνία** ☐

c. **Κινητικές διαταραχές σχετιζόμενων με τον ύπνο** ☐

d. **Κεντρικού τύπου υπνική άπνοια** παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, ενήλικες μετά από οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα ή νευρολογικά νοσήματα με στελεχιαία προσβολή κ.α. ☐

e. **Νυκτερινών Παροξυσμικών Επεισοδίων** (Στην περίπτωση αναμένουμε να υπάρχει αναφορά στον τύπο στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης) ☐

f. **Υποψία συνδρόμων υποαερισμού ή υποξαιμίας σχετιζόμενων με τον ύπνο** ☐

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95811: **Polysomnography; age 6 years or older, sleep staging with 4 or more additional parameters of sleep, with initiation of continuous positive airway pressure therapy or bilevel ventilation, attended by a technologist.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς 94621, 95801, 95805, 95806, 95810.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1β

(Για τους κωδικούς 95811 και 95811-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 1β μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους Οργανισμούς και στην παρακάτω περίπτωση:

1. Επιβεβαιώνω ότι έχει προηγηθεί η διάγνωση της Υπνικής Άπνοιας μέσω προηγούμενης μελέτης ύπνου (τύπου 1α ή 3) και η παρούσα μελέτη διενεργείται με σκοπό τον προσδιορισμό της βέλτιστης πίεσης στη συσκευή θετικής πίεσης (PAP) ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρτικής μελέτης ύπνου τύπου 1α ή 3 ……

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95811-52: **Polysomnography; age 6 years or older, sleep staging with 4 or more additional parameters of sleep, with initiation of continuous positive airway pressure therapy or bilevel ventilation, attended by a technologist.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Στην περίπτωση μελετών ύπνου που έχουν ξεκινήσει αλλά δεν ολοκληρώθηκαν (95811).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1β

(Για τους κωδικούς 95811 και 95811-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια πλήρης μελέτης ύπνου τύπου 1β μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους Οργανισμούς και στην παρακάτω περίπτωση:

1. Επιβεβαιώνω ότι έχει προηγηθεί η διάγνωση της Υπνικής Άπνοιας μέσω προηγούμενης μελέτης ύπνου (τύπου 1α ή 3) και η παρούσα μελέτη διενεργείται με σκοπό τον προσδιορισμό της βέλτιστης πίεσης στη συσκευή θετικής πίεσης (PAP) ☐

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρτικής μελέτης ύπνου τύπου 1α ή 3 ……

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα 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.

Νευρολογία

95812: **Electroencephalogram (EEG) extended monitoring; 41-60 minutes, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.

- Υποβάλλεται στις περιπτώσεις όπου διενεργήθηκε Psychomotor Vigilance Test (SART), μετά τη συμπλήρωση του απαραίτητου ερωτηματολογίου.

- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N92.0, R55, R10.1, R10.2, R10.3.

Ερωτηματολόγιο Διενέργειας Psycomotor Vigilance Test (SART)

(Για τον κωδικό 95812)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια SART μόνο από Ιατρούς με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην Ιατρική του ύπνου από αναγνωρισμένους οργανισμούς.

Παρακαλώ επιβεβαιώστε την κατοχή του πιστοποιητικού καταχωρώντας τον αριθμό και το έτος απόκτησής του:

Αριθμός Πιστοποιητικού: ……

Έτος απόκτησης: …….

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.

Νευρολογία

95812-59: **Electroencephalogram (EEG) extended monitoring; 41-60 minutes, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- **Στις περιπτώσεις διενέργειας ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.**

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά το χρόνο ανά δικαιούχο.

- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος

(95812-59)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. Στα πλαίσια διερεύνησης υπόνοιας επιληψίας ή επί ενδείξεων επιληπτικών κρίσεων
2. Για τη μελέτη συμπτωμάτων όπως ο αιφνίδιος αποπροσανατολισμός, η αιφνίδια πτώση/απώλεια συνειδήσεως και η απότομη απώλεια μνήμης
3. Στα πλαίσια διερεύνησης ατόμων με άνοια με υποξεία εγκατάσταση ή ταχεία εξέλιξη

Η επανάληψη της εξέτασης για τον ίδιο δικαιούχο δεν θα τύχει αποζημίωσης πριν το πέρας 1 έτους από την ημερομηνία της προηγούμενης εξέτασης.

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1-3) ισχύει: …….

Σε περίπτωση που δεν μπορούν 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.

Νευρολογία

95812-EXC: **Electroencephalogram (EEG) extended monitoring; 41-60 minutes, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μόνο μετά το πέρας των 30 ημερών.

- **Στις περιπτώσεις διενέργειας ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.**

- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

- Η δραστηριότητα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος

(95812-EXC)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος μόνο μετά την πάροδο ενός έτους, **εκτός** και ισχύουν ένα εκ των πιο κάτω:

1. Επαναλαμβανόμενα επιληπτικά επεισόδια με φυσιολογικό αρχικό ΗΕΓ

   Σημ: η όποια ανάγκη επανάληψης της εξέτασης αποζημιώνεται εφόσον επαναληφθεί μετά το πέρας των 30 ημερών

2. Μη ανταπόκριση στη θεραπεία

   Σημ: η όποια ανάγκη επανάληψης της εξέτασης αποζημιώνεται εφόσον επαναληφθεί μετά το πέρας των 30 ημερών

3. Αλλαγή/διακοπή θεραπείας,

   Σημ: η όποια ανάγκη επανάληψης της εξέτασης αποζημιώνεται εφόσον επαναληφθεί μετά το πέρας των 30 ημερών

4. Υποκλινική επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) μετά από θεραπεία

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1-4) ισχύει: …….

Σε περίπτωση που δεν μπορούν 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.

Νευρολογία

95813: **Electroencephalogram (EEG) extended monitoring; greater than 1 hour, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, R00.8, R01.2, R94.4, R29.8.

Νευρολογία

95813-52: **Electroencephalogram (EEG) extended monitoring; greater than 1 hour, with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95813
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, R00.8, R01.2, R94.4, R29.8.

Νευρολογία

95816: **Electroencephalogram (EEG); including recording awake and drowsy.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95819: **Electroencephalogram (EEG); including recording awake and asleep, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: R42.

Νευρολογία

95822: **Electroencephalogram (EEG); recording in coma or sleep only.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95860: **Needle electromyography; 1 extremity with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

95860-52: **Needle electromyography; 1 extremity with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95860.

Νευρολογία

95861: **Needle electromyography; 2 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G47.3, N92.5, N92.6.

Νευρολογία

95861-52: **Needle electromyography; 2 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95861.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G47.3, N92.5, N92.6.

Νευρολογία

95863: **Needle electromyography; 3 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: H26.9.

Νευρολογία

95863-52: **Needle electromyography; 3 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95863.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: H26.9.

Νευρολογία

95864: **Needle electromyography; 4 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95864-52: **Needle electromyography; 4 extremities with or without related paraspinal areas, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95864.

Νευρολογία

95867: **Needle electromyography; cranial nerve supplied muscle(s), unilateral, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95868: **Needle electromyography; cranial nerve supplied muscles, bilateral, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95870: **Needle electromyography; limited study of muscles in 1 extremity or non-limb (axial) muscles (unilateral or bilateral), other than thoracic paraspinal, cranial nerve supplied muscles, or sphincters, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95872: **Needle electromyography using single fiber electrode, with quantitative measurement of jitter, blocking and/or fiber density, any/all sites of each muscle studied, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.

Νευρολογία

95872-52: **Needle electromyography using single fiber electrode, with quantitative measurement of jitter, blocking and/or fiber density, any/all sites of each muscle studied, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95872.

Νευρολογία

95874: **Needle electromyography for guidance in conjunction with chemodenervation (List separately in addition to code for primary procedure).**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95885: **Needle electromyography, each extremity, with related paraspinal areas, when performed, done with nerve conduction, amplitude and latency/velocity study; limited (List separately in addition to code for primary procedure).**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95886: **Needle electromyography, each extremity, with related paraspinal areas, when performed, done with nerve conduction, amplitude and latency/velocity study; complete, five or more muscles studied, innervated by three or more nerves or four or more spinal levels (List separately in addition to code for primary procedure).**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95887: **Needle electromyography, non-extremity (cranial nerve supplied or axial) muscle(s) done with nerve conduction, amplitude and latency/velocity study (List separately in addition to code for primary procedure).**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95887-52: **Needle electromyography, non-extremity (cranial nerve supplied or axial) muscle(s) done with nerve conduction, amplitude and latency/velocity study (List separately in addition to code for primary procedure).**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95887.

Νευρολογία

95905: **Motor and/or sensory nerve conduction, using preconfigured electrode array(s), amplitude and latency/velocity study, each limb, includes F-wave study when performed, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95885, 95886, 95887, 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, 95913.

Νευρολογία

95907: **Nerve conduction studies; 1-2 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, 95913.

Νευρολογία

95908: **Nerve conduction studies; 3-4 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95909, 95910, 95911, 95912, 95913.

Νευρολογία

95909: **Nerve conduction studies; 5-6 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95908, 95910, 95911, 95912, 95913.

Νευρολογία

95910: **Nerve conduction studies; 7-8 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95908, 95909, 95911, 95912, 95913.

Νευρολογία

95911: **Nerve conduction studies; 9-10 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95908, 95909, 95910, 95912, 95913.

Νευρολογία

95912: **Nerve conduction studies; 11-12 studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95913.

Νευρολογία

95913: **Nerve conduction studies; 13 or more studies, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912.

Νευρολογία

95921: **Testing of autonomic nervous system function; cardiovagal innervation (parasympathetic function), including 2 or more of the following: heart rate response to deep breathing with recorded R-R interval, Valsalva ratio, and 30:15 ratio**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο ιατρός αξιολογεί τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, χρησιμοποιώντας ηλεκτροκαρδιογράφημα, για την καταγραφή της ανταπόκρισης του ασθενούς στη βαθιά αναπνοή, στον χειρισμό Valsalva και στην έγερση σε όρθια θέση, όπως για παράδειγμα στη δοκιμασία του λόγου 30:15.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95922, 95924.

Νευρολογία

95922: **Testing of autonomic nervous system function; vasomotor adrenergic innervation (sympathetic adrenergic function), including beat-to-beat blood pressure and R-R interval changes during Valsalva maneuver and at least 5 minutes of passive tilt**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο ιατρός ελέγχει τη συμπαθητική λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος προκειμένου να εκτιμήσει τη φύση και τη βαρύτητα των αυτόνομων διαταραχών.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95921, 95924.

Νευρολογία

95923: **Testing of autonomic nervous system function; sudomotor, including 1 or more of the following: quantitative sudomotor axon reflex test (QSART), silastic sweat imprint, thermoregulatory sweat test, and changes in sympathetic skin potential, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο ιατρός ελέγχει το αυτόνομο νευρικό σύστημα προκειμένου να αξιολογήσει τη λειτουργία των νεύρων που νευρώνουν τους ιδρωτοποιούς αδένες.

Νευρολογία

95924: **Testing of autonomic nervous system function; combined parasympathetic and sympathetic adrenergic function testing with at least 5 minutes of passive tilt**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Ο ιατρός ελέγχει συνδυαστικά την παρασυμπαθητική και τη συμπαθητική λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος προκειμένου να εκτιμήσει τη φύση και τη βαρύτητα των αυτόνομων διαταραχών.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες: 95921, 95922.

Νευρολογία

95925: **Short-latency somatosensory evoked potential study, stimulation of any/all peripheral nerves or skin sites, recording from the central nervous system; in upper limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 95926 και 95938 στην ίδια απαίτηση.

Νευρολογία

95926: **Short-latency somatosensory evoked potential study, stimulation of any/all peripheral nerves or skin sites, recording from the central nervous system; in lower limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 95925 και 95938 στην ίδια απαίτηση.

Νευρολογία

95927: **Short-latency somatosensory evoked potential study, stimulation of any/all peripheral nerves or skin sites, recording from the central nervous system; in the trunk or head, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95928: **Central motor evoked potential study (transcranial motor stimulation); upper limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95929: **Central motor evoked potential study (transcranial motor stimulation); lower limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95930: **Visual evoked potential (VEP) testing central nervous system, checkerboard or flash, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E13.3, H53.8, R30.0, R30.9.

Νευρολογία

95930-76: **Visual evoked potential (VEP) testing central nervous system, checkerboard or flash, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Ο κωδικός αυτός θα χρησιμοποιείται συμπληρωματικά του κωδικού 95930 στις περιπτώσεις όπου οι διεργασίες checkerboard VEP και flash VEP διενεργούνται στην ίδια επίσκεψη. Η υποβολή του εν λόγω κωδικού θα προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E13.3, H53.8, R30.0, R30.9.

Νευρολογία

95933: **Orbicularis oculi (blink) reflex, by electrodiagnostic testing, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95933-52: **Orbicularis oculi (blink) reflex, by electrodiagnostic testing, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95933.

Νευρολογία

95937: **Neuromuscular junction testing (repetitive stimulation, paired stimuli), each nerve, any 1 method, with interpretation and report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: M54.2.

Νευρολογία

95937-52: **Neuromuscular junction testing (repetitive stimulation, paired stimuli), each nerve, any 1 method, with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95937.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: M54.2.

Νευρολογία

95938: **Short-latency somatosensory evoked potential study, stimulation of any/all peripheral nerves or skin sites, recording from the central nervous system; in upper and lower limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 95925 και 95926 στην ίδια απαίτηση.

Νευρολογία

95939: **Central motor evoked potential study (transcranial motor stimulation); upper & lower limbs, with interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

95970: **Electronic analysis of implanted neurostimulator pulse generator/transmitter (eg, contact group[s], interleaving, amplitude, pulse width, frequency [Hz], on/off cycling, burst, magnet mode, dose lockout, patient selectable parameters, responsive neurostimulation, detection algorithms, closed loop parameters, and passive parameters) by physician or other qualified health care professional; with brain, cranial nerve, spinal cord, peripheral nerve, or sacral nerve, neurostimulator pulse generator/transmitter, without programming**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

95971: **Electronic analysis of implanted neurostimulator pulse generator/transmitter (eg, contact group[s], interleaving, amplitude, pulse width, frequency [Hz], on/off cycling, burst, magnet mode, dose lockout, patient selectable parameters, responsive neurostimulation, detection algorithms, closed loop parameters, and passive parameters) by physician or other qualified health care professional; with brain, cranial nerve, spinal cord, peripheral nerve, or sacral nerve, neurostimulator pulse generator/transmitter, without programming**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

95992: **Canalith repositioning procedure(s) (e.g., Epley maneuver, Semont maneuver), per day.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

96118: **Neuropsychological testing (e.g., Halstead-Reitan Neuropsychological Battery, Wechsler Memory Scales and Wisconsin Card Sorting Test), per hour of the psychologist's or physician's time, both face-to-face time administering tests to the patient and time interpreting these test results and preparing the report.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

96120: **Neuropsychological testing (e.g., Wisconsin Card Sorting Test), administered by a computer, with qualified health care professional interpretation and report.**

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

Νευρολογία

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

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

Νευρολογία

96365-52: **Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour.**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 96365.

Νευρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96365 για κάθε επιπλέον ώρα έγχυσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.

Νευρολογία

96366-52: **Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).**

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

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 96366.

Νευρολογία

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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- 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.

Νευρολογία

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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- 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 ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ Ή ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ		
Διάγνωση Πάθησης από Πίνακα 2 (κωδικός ICD-10)	**Ημερομηνία συμβάντος***	**Σύμπτωμα από Πίνακα 1 (κωδικός ICD-10)**
Παράδειγμα		
I61.3	***17/4/2022***	***R47.0***

***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.

Νευρολογία

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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

- 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** ☐ **ΘΗΛΥ** ☐
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.*	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,** **-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,**		

-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(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 ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):	
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας	

Σημείωση: *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:*

(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 επιλεχθεί: (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.

(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),
ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,
iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.

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 απαραιτήτως 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 ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(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 **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(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)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[i] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - ABO συμβατότητα
  - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - INR
  - Γενική εξέταση αίματος
  - Κάθαρση κρεατινίνης
  - Άλφα φετοπρωτεϊνη (AFP)
  - Νάτριο
  - Κάλιο
  - Ασβέστιο
  - Βιταμίνη Δ
  - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - CRP
  - Εξέταση ούρων
  - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,

- DEXA

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

Νευρολογία

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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

1. **Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.**
2. **Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.**
3. **Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:**
    a. **είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,**
    b. **δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),**
    c. **αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,**
    d. **δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,**
    e. **δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,**
    f. **δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.**
4. **Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:**
    a. **υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,**
    b. **ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,**

    Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. **Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.**

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,**		

-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(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 ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):		
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας ***Σημείωση:*** *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:* *(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 επιλεχθεί: (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.* *(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:* *i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),* *ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,* *iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.*	

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 απαραιτήτως 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:	
Patient Name:	
Patient ID Number:	
Gender:	Male ☐ Female ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(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 **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(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)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[i] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - ABO συμβατότητα
  - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - INR
  - Γενική εξέταση αίματος
  - Κάθαρση κρεατινίνης
  - Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
  - Νάτριο
  - Κάλιο
  - Ασβέστιο
  - Βιταμίνη Δ
  - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - CRP
  - Εξέταση ούρων
  - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,

- DEXA

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

Νευρολογία

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.

- Μέχρι 500 έως 550 επισκέψεις ανά μήνα (25 επισκέψεις κατά μέσο όρο ανά εργάσιμη ημέρα).

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

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

1. **Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.**
2. **Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.**
3. **Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:**
    a. **είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,**
    b. **δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),**
    c. **αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,**
    d. **δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,**
    e. **δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,**
    f. **δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.**
4. **Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:**
    a. **υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,**
    b. **ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,**

    Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. **Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.**

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,** **-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,**		

-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(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 ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):	
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας	

Σημείωση: *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:*

(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 επιλεχθεί: (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.

(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:

i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),
ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,
iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.

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 απαραιτήτως 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 ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(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 **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(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)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[i] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - ABO συμβατότητα
  - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
  - INR
  - Γενική εξέταση αίματος
  - Κάθαρση κρεατινίνης
  - Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
  - Νάτριο
  - Κάλιο
  - Ασβέστιο
  - Βιταμίνη Δ
  - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
  - CRP
  - Εξέταση ούρων
  - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
  - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
  - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
  - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
  - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,

- DEXA

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