

Περιεχόμενα

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

99201	4
99202	5
99203	6
99204	7
99205	8
99212	9
99213	10
99214	11
99215	12
99441	13
CY284:	14
10060	15
10061	16
10120	17
10121	18
10160	19
11102:	20
11103:	22
11104:	24
11105:	26
11106:	28
11107:	30
CY170	32
CY171	34
CY172	36
CY173	38
11640	40
11641	41
11642	42
11643	43
11644	44

12011	45
12013	46
12014	47
12015	48
13100	49
13101	50
14040	51
14041	52
20200	53
20205	54
20206	55
20520	56
20605	57
21025	58
21026	59
21337	60
30300	61
30901	62
30903	63
30905	64
30906	65
31000	66
37609	67
38300	68
38500	69
38505	70
38510	71
40490	72
40812	73
41010	74
41100	75
41105	76
41108	77
42330	78
42400	79
42405	80

42800	81
64400	82
64402	86
64405	90
64408	91
64410	95
64413	99
64415	103
64600	107
64605	108
69100	109
76536	110
97597	111
97598	113
CY089	114
CY125	116
CY280	118
CY293	119
CY294	128
CY295	137

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY284: Postoperative visit within <30 days from discharge

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.1, B35.4, B35.5, B35.8, I10, N63, J30.0, K60.3, K60.4, K60.5, J44.1, K02.9, K04.0, K04.7, L20.0, L20.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8, R10.3, R21.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: N61, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.1, B35.2, B35.3, B35.9, H26.9, E01.1, E04.2, K62.5, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, L20.0, L20.9, L23.9, L98.9, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, S31.0, R07.0, R59.0, R59.1, R59.9, R94.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αφορά στην εφαπτόμενη βιοψία για την αφαίρεση δείγματος επιδερμικού ιστού με ή χωρίς τμήματα του υποκείμενου χορίου.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

11103: Tangential biopsy of skin (eg, shave, scoop, saucerize, curette); each separate/additional lesion (List separately in addition to code for primary procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Αφορά στην εφαπτόμενη βιοψία για την αφαίρεση δείγματος επιδερμικού ιστού με ή χωρίς τμήματα του υποκείμενου χορίου για κάθε επιπλέον βλάβη, επιπρόσθετα του κωδικού 11102.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αφορά στην βιοψία με κυλινδρικό εργαλείο για έλεγχο και των βαθύτερων ιστών μέσω λήψης κυλινδρικού δείγματος δέρματος.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

11105: Punch biopsy of skin (including simple closure, when performed); each separate/additional lesion (List separately in addition to code for primary procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Αφορά στην βιοψία με κυλινδρικό εργαλείο για έλεγχο και των βαθύτερων ιστών μέσω λήψης κυλινδρικού δείγματος δέρματος, επιπρόσθετα του κωδικού 11104.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αφορά στην βιοψία με τομή για την αφαίρεση δείγματος ιστού πλήρους πάχους μιας δερματικής βλάβης.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

11107: Incisional biopsy of skin (eg, wedge) (including simple closure, when performed); each separate/additional lesion (List separately in addition to code for primary procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Αφορά στην βιοψία με τομή για την αφαίρεση δείγματος ιστού πλήρους πάχους μιας δερματικής βλάβης, επιπρόσθετα του κωδικού 11106.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την βιοψία δέρματος

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

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



Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

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

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

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

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

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY170.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

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

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

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

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

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

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

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

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

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

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY172.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

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

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

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

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

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L98.9, R42, S41.0.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J06.9, R03.0, R19.8, S41.0.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

12015: Simple repair of superficial wounds of face, ears, eyelids, nose, lips and/or mucous membranes; 7.6 cm to 12.5 cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

13100: Repair, complex, trunk; 1.1 cm to 2.5 cm.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

13101: Repair, complex, trunk; 2.6 cm to 7.5 cm.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

14040: Adjacent tissue transfer or rearrangement, forehead, cheeks, chin, mouth, neck, axillae, genitalia, hands and/or feet; defect 10 sq cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: R40.0.
- Προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου υπό την μορφή της φωτοτεκμηρίωσης στις περιπτώσεις όπου η ιατρική πράξη δεν αφορά σε ευαίσθητες περιοχές του σώματος. Στις περιπτώσεις όπου αφορά σε ευαίσθητες περιοχές του σώματος, η μεταφόρτωση αρχείου θα πρέπει να περιλαμβάνει την περιγραφή της διαδικασίας που ακολουθήθηκε και την εντόπιση.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις που η διενεργηθείσα πράξη αφορά στην περιοχή του σώματος που περιλαμβάνεται στην περιγραφή του κωδικού.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

14041: Adjacent tissue transfer or rearrangement, forehead, cheeks, chin, mouth, neck, axillae, genitalia, hands and/or feet; defect 10.1 sq cm to 30.0 sq cm.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου υπό την μορφή της φωτοτεκμηρίωσης στις περιπτώσεις όπου η ιατρική πράξη δεν αφορά σε ευαίσθητες περιοχές του σώματος. Στις περιπτώσεις όπου αφορά σε ευαίσθητες περιοχές του σώματος, η μεταφόρτωση αρχείου θα πρέπει να περιλαμβάνει την περιγραφή της διαδικασίας που ακολουθήθηκε και την εντόπιση.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις που η διενεργηθείσα πράξη αφορά στην περιοχή του σώματος που περιλαμβάνεται στην περιγραφή του κωδικού.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173, 11640, 11641, 11642, 11643, 11644.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

20200: Biopsy, muscle; superficial.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

20205: Biopsy, muscle; deep.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

20206: Biopsy, muscle, percutaneous needle.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

20605: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, intermediate joint or bursa (e.g., temporomandibular, acromioclavicular, wrist, elbow or ankle, olecranon bursa); without ultrasound guidance.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E01.0, E01.2, E03.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M54.5, M54.8, M54.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

21025: Excision of bone (e.g., for osteomyelitis or bone abscess); mandible.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

21026: Excision of bone (e.g., for osteomyelitis or bone abscess); facial bone(s).

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

21337: Closed treatment of nasal fracture, with or without stabilization.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται επανάληψη εντός του ενός χρόνου.
- Προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου υπό την μορφή της φωτοτεκμηρίωσης. Η τεκμηρίωση θα πρέπει να λαμβάνεται προ της διενέργειας της διεργασίας.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

30300: Removal foreign body, intranasal; office type procedure.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J30.0, J32.4, J32.8, J32.9, K91.8, S31.0, R04.0, R07.0, R10.3.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

30901: Control nasal hemorrhage, anterior, simple (limited cautery and/or packing) any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, G93.3, E01.0, E01.2, J30.0, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J10.1, J11.1, K21.0, R63.1, R09.8, R10.1.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

30903: Control nasal hemorrhage, anterior, complex (extensive cautery and/or packing) any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, G93.3, J32.2, J32.4, J32.8, J32.9, J44.0, K21.0, R42.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

30905: Control nasal hemorrhage, posterior, with posterior nasal packs and/or cautery, any method; initial.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: J32.9.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

30906: Control nasal hemorrhage, posterior, with posterior nasal packs and/or cautery, any method; subsequent.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

31000: Lavage by cannulation; maxillary sinus (antrum puncture).

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

37609: Ligation or biopsy, temporal artery.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

38300: Drainage of lymph node abscess or lymphadenitis; simple.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

38510: Biopsy or excision of lymph node(s); open, deep cervical node(s).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

40490: Biopsy of lip.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

40812: Excision of lesion of mucosa and submucosa, vestibule of mouth; with simple repair.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

41010: Incision of lingual frenum (frenotomy).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: Z41.2.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

41100: Biopsy of tongue; anterior two-thirds.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

41105: Biopsy of tongue; posterior one-third.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

41108: Biopsy of floor of mouth.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι σχετικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα των βιοψιών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: I10.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

42330: Sialolithotomy; submandibular, sublingual or parotid, uncomplicated, intraoral.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

42400: Biopsy of salivary gland; needle.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

42405: Biopsy of salivary gland; incisional.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

42800: Biopsy; oropharynx.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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


α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64402: Injection, anesthetic agent; facial nerve.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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

α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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



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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64405: Injection, anesthetic agent; greater occipital nerve.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64408: Injection, anesthetic agent; vagus nerve.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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

α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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



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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64410: Injection, anesthetic agent; phrenic nerve.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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

α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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



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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64413: Injection, anesthetic agent; cervical plexus.

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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


α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

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

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

Συμπαθητικά νεύρα

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

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

B. Ισχαιμικός πόνος στα άκρα

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

Γ. Καρκίνος Παγκρέατος

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

Δ. Χρόνια παγκρεατίτιδα

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

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

Περιφερικά Νεύρα

Ε. Νεύρωμα Morton

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

Ζ. Πελματιαία απονευρωσίτιδα και άλλη νευρίτιδα του ποδιού

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

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

Η. Όλα τα άλλα περιφερικά νεύρα

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

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

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

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

α) Ουσία*:

β) Δοσολογία* :

Σημείωση:

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

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



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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64600: Destruction by neurolytic agent, trigeminal nerve; supraorbital, infraorbital, mental, or inferior alveolar branch.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

64605: Destruction by neurolytic agent, trigeminal nerve; second and third division branches at foramen ovale.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

69100: Biopsy external ear.

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.1, Z41.2, B35.3, B97.1, B97.8, D18.0, I10, E11.9, G44.1, H10.8, E13.9, E28.2, G93.3, E78.2, N13.2, N15.9, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K62.8, N20.0, N20.2, N23, N28.1, N92.6, K02.9, K04.7, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K29.7, K29.9, K30, J06.9, K44.9, M54.5, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R45.8, R00.2, R03.0, R04.0, R05, R09.0, R49.8, R51, O90.5, R93.5, R64, R68.1, R68.8, R94.2, R94.4, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.1, R10.3, R16.0, R16.2, O99.8, R82.4, R29.2, R39.1.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: R07.0.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής δύναται να απαιτηθεί μόνο σε συνδυασμό με τους κωδικούς 99203,99204,99205,99214, 99215.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

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

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

L02.9, L08.8, L08.9, L11.0, L52, L50.9, L91.0, M17.0, M17.9, M43.6, M46.1, M75.8, M75.9, M79.2, M79.5, M79.8, L90.9, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L91.9, L94.4, L94.9, L98.0, L98.3, L98.4, N30.8, N31.0, N31.1, N31.9, N35.9, N76.3, N76.4, N76.8, N77.0, N81.1, N81.6, N99.8, J06.9, O24.9, K76.6, L13.8, L23.3, L23.4, L23.8, L23.9, L24.1, L24.4, L60.1, L60.2, L60.3, L60.4, L60.5, L60.8, L60.9, L66.3, K40.9, K40.2, K42.0, K43.2, K43.3, K43.6, K43.9, K46.9, L98.8, M51.0, M54.2, M54.5, M54.8, M54.9, L98.9, N39.0, N39.4, N39.9, N36.9, N43.3, N48.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K11.3, K12.0, K13.1, K13.4, K13.6, K21.9, K82.8, L24.8, L24.9, L25.1, L25.2, L25.8, L25.9, L27.9, L28.2, L29.1, L29.2, L29.3, L29.8, L29.9, L30.0, L30.1, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, L73.1, L73.2, L73.8, K52.8, K52.9, M25.7, M25.0, M25.1, M34.8, M65.4, M86.4, M86.6, M86.8, M10.9, N11.1, R42, S62.2, S62.5, S63.3, S64.2, S65.0, S65.1, S05.2, S05.3, S05.6, S05.8, S04.8, S06.2, S06.3, S06.8, S07.0, S07.1, S07.8, S07.9, S27.8, S29.9, S30.1, S31.1, S45.3, S50.1, O86.0, Q64.4, R04.0, R06.5, R06.7, R06.8, R55, R60.0, R60.1, R60.9, S70.1, S70.9, S10.0, S11.8, S13.4, S33.5, S33.6, S35.4, P39.0, O90.1, O90.2, O90.8, R73.0, R73.9, R76.0, R76.8, R76.9, R94.7, Q87.5, R09.8, R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R19.6, R21, S51.8, S50.8, S54.0, S76.0, S77.2, S79.9, S17.9, S20.0, S20.1, S20.4, S21.0, S37.5, O99.8, S03.0, S03.2, S03.4, R26.2, R29.4, S56.2, S57.8, S59.8, S65.4, S65.2, S66.4, S66.9, S67.0, S68.1, S21.9, S23.3, S43.0, S43.2, P59.9, S93.0, S94.1, S96.0, T26.6, T25.6, T26.8, T28.3, T28.5, T88.7, T38.0, T38.3, T38.8, T50.5, T50.9, T52.3, T75.2, T75.3, T75.4, T78.2, T78.3, T78.8, T79.2, T79.6, T79.8, T79.9, T80.4, T88.8, S96.8, S96.9, S97.0, T17.2, T18.0, T18.2, T18.4, T80.9, T54.3, T81.9, T82.8, T18.8, T18.9, T19.1, S83.1, S83.3, S84.1, T60.3, T19.3, T19.8, T19.9, T20.2, T20.3, T20.7, T21.1, T22.1, T22.3, T83.1, T45.1, T45.5, T45.7, T46.5, T46.6, T61.9, T62.8, T63.4, T63.6, T63.9, T84.5, T84.7, S86.3, S86.9, S87.8, T23.0, T23.5, T85.6, T67.1, T67.2, T67.4, T67.6, T67.9, T70.0, T88.6, Z95.2, Z96.1, Z96.2, Z96.6, Z98.8, E11.3, E11.5.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

97598: Debridement (e.g., high pressure waterjet with/without suction, sharp selective debridement with scissors, scalpel and forceps), open wound, (e.g., fibrin, devitalized epidermis and/or dermis, exudate, debris, biofilm), including topical application(s), wound assessment, use of a whirlpool, when performed and instruction(s) for ongoing care, per session, total wound(s) surface area; each additional 20 sq cm, or part thereof (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z93.1, Z48.8, G31.9, I69.1, I69.2, I69.3, I69.8, I10, D68.8, D68.9, I25.8, I25.9, E16.2, D50.9, G04.1, E75.6, G93.1, E78.2, E78.9, N13.2, N63, J30.0, J34.0, J34.1, J34.8, L02.3, L30.9, L30.8, N18.9, N20.0, N20.2, K64.5, M79.1, M79.7, M79.8, L92.8, L98.0, L98.1, L23.9, L60.9, M60.9, K21.0, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L73.9, S62.5, S31.0, R06.0, R60.0, R60.1, R60.9, R09.8, R10.3, Q69.0, P71.0, P71.1, P71.2, P71.4, T81.4, T67.4, T86.8.

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY089: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 10061, 10121, 11644, 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041, 20200, 20205, 20520, 21025, 21026, 21337, 37609, 38300, 38500, 38510, 40490, 41010, 42330, 69100, 97597.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 & CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:

Ημερομηνία και ώρα λήξης:

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY125: Facility fee > 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 10061, 10121, 11644, 12011, 12013, 12014, 12015, 14040, 14041, 20200, 20205, 20520, 21025, 21026, 21337, 37609, 38300, 38500, 38510, 40490, 41010, 42330, 69100, 97597.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 & CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:

Ημερομηνία και ώρα λήξης:

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY280: Physiotherapy services after surgery

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services – Normal Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Κανονικά περιστατικά: σημαίνει περιστατικά για τα οποία η λήψη της προτεινόμενης υπηρεσίας δεν περιορίζεται σε στενά χρονικά πλαίσια. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 15 ημερών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY294 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
<p>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.</p> <p>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,</p>	

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

<p>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.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), 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.</p>	

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

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

DOB:	
-------------	--

Diagnosis:	
-------------------	--

Medical Historyⁱ:	
-------------------------------------	--

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	
--	--

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

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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
<p>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.</p> <p>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,</p>	

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

<p>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.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), 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.</p>	

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

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

DOB:	
-------------	--

Diagnosis:	
-------------------	--

Medical Historyⁱ:	
-------------------------------------	--

**Results from main laboratory/
radiology/ histopathology and
other examinations¹:**

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

**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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

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

Στοματογναθοπροσωποχειρουργική

CY295: Preapproval request for overseas healthcare services – Life threatening Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Απειλητικά για τη ζωή περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 2 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 24 ωρών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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		<input type="checkbox"/>	
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
A. 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 <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.			
(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό: <48 ώρες <input type="checkbox"/>	Επείγον περιστατικό: <7ημέρες <input type="checkbox"/>	Κανονικό Περιστατικό: <input type="checkbox"/>
B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

<p>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.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), 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.</p>	

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

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

DOB:	
-------------	--

Diagnosis:	
-------------------	--

Medical Historyⁱ:	
-------------------------------------	--

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	
--	--

(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 30 ημέρες 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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

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