

Περιεχόμενα

Παθολογία-Ανατομία

| | |
|-----------|----|
| 88104 | 3 |
| 88106 | 4 |
| 88142 | 5 |
| 88142-PAP | 7 |
| 88150 | 8 |
| 88150-PAP | 10 |
| 88161 | 11 |
| 88173 | 12 |
| 88177 | 13 |
| 88302 | 14 |
| 88304 | 15 |
| 88305 | 16 |
| 88311 | 18 |
| 88312 | 19 |
| 88313 | 20 |
| 88314 | 21 |
| 88319 | 22 |
| 88331 | 23 |
| 88332 | 24 |
| 88341 | 25 |
| 88342: | 26 |
| 88344 | 27 |
| 88346 | 28 |
| 88350 | 29 |
| CY099 | 30 |
| CY100 | 31 |
| CY116 | 32 |
| CY117 | 33 |
| CY118 | 34 |

| | |
|-------------|----|
| CY119 | 35 |
| CY120 | 36 |
| CY121 | 37 |
| CY122 | 38 |
| CY123 | 39 |
| CY124 | 40 |
| CY293 | 41 |
| CY294 | 50 |
| CY295 | 59 |

Παθολογία-Ανατομία

88104: Cytopathology, fluids, washings or brushings, except cervical or vaginal; smears with interpretation.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88106, 88161, 88173.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z94.0, I10, E03.9, N13.2, N63, N92.0, N92.5, J20.9, N20.1, N20.2, N23, N28.1, N92.6, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, R10.1.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88106: Cytopathology, fluids, washings or brushings, except cervical or vaginal; simple filter method with interpretation.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88104, 88161, 88173.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88142: Cytopathology, cervical or vaginal (any reporting system), collected in preservative fluid, automated thin layer preparation; manual screening under physician supervision.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα: 88150.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Εξέταση επιχρισμάτων τα οποία **δεν αφορούν σε Τεστ Παπανικολάου**.
- Η δραστηριότητα προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

**Ερωτηματολόγιο παραπομπής δείγματος για ιστοπαθολογική εξέταση το οποίο
δεν αφορά σε Τεστ Παπανικολάου**

(Για τους κωδικούς 88142, 88150)

Βεβαιώνω ότι το δείγμα που έχει ληφθεί και αποστέλλεται για ανάλυση σε Ειδικό Ιατρό με ειδικότητα στην Κυτταρολογία ή Παθολογική-Ανατομική, αφορά τραχηλικό ή κολπικό επίχρισμα το οποίο δεν προορίζεται για αξιολόγηση Τεστ Παπανικολάου 

Σημείωση:

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

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



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

Παθολογία-Ανατομία

88142-PAP: Cytopathology, cervical or vaginal (any reporting system), collected in preservative fluid, automated thin layer preparation; manual screening under physician supervision.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα: 88150.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Εξέταση επιχρισμάτων τα οποία αφορούν σε Τεστ Παπανικολάου.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88150: Cytopathology, slides, cervical or vaginal; manual screening under physician supervision.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα: 88142.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Εξέταση επιχρισμάτων τα οποία **δεν αφορούν σε Τεστ Παπανικολάου**.
- Η δραστηριότητα προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

**Ερωτηματολόγιο παραπομπής δείγματος για ιστοπαθολογική εξέταση το οποίο
δεν αφορά σε Τεστ Παπανικολάου**

(Για τους κωδικούς 88142, 88150)

Βεβαιώνω ότι το δείγμα που έχει ληφθεί και αποστέλλεται για ανάλυση σε Ειδικό Ιατρό με ειδικότητα στην Κυτταρολογία ή Παθολογική-Ανατομική, αφορά τραχηλικό ή κολπικό επίχρισμα το οποίο δεν προορίζεται για αξιολόγηση Τεστ Παπανικολάου 

Σημείωση:

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

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



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

Παθολογία-Ανατομία

88150-PAP: Cytopathology, slides, cervical or vaginal; manual screening under physician supervision.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα: 88142.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Εξέταση επιχρισμάτων τα οποία αφορούν σε Τεστ Παπανικολάου.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88161: Cytopathology, smears, any other source; preparation, screening and interpretation.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88104, 88106, 88173.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88173: Cytopathology, evaluation of fine needle aspirate; interpretation and report.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88104, 88106, 88161.
- 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: Z30.4, B37.3, E03.9, L30.9, L30.8, L02.9, L98.3, L23.9, M54.5, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R94.5, R94.6, R10.1, R16.0, R16.2.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88177: Cytopathology, evaluation of fine needle aspirate; immediate cytohistologic study to determine adequacy for diagnosis, each separate additional evaluation episode, same site (List separately in addition to code for primary procedure).

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88302: Level II - Surgical pathology, gross and microscopic examination Appendix, incidental, Fallopian tube, sterilization, Fingers/toes, amputation, traumatic, Foreskin, newborn, Hernia sac, any location, Hydrocele sac, Nerve, Skin, plastic repair, Sympathetic ganglion, Testis, castration, Vaginal mucosa, incidental, Vas deferens, sterilization.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88304, 88305.
- 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: N92.0, N92.5, N92.6, O20.9, O03.0, L98.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2, O99.8.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K52.8, K52.9.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88304: Level III - Surgical pathology, gross and microscopic examination Abortion, induced, Abscess, Aneurysm - arterial/ventricular, Anus, tag, Appendix, other than incidental, Artery, atheromatous plaque, Bartholin's gland cyst, Bone fragment(s), other than pathologic fracture, Bursa/synovial cyst, Carpal tunnel tissue, Cartilage, shavings, Cholesteatoma, Colon, colostomy stoma, Conjunctiva - biopsy/pterygium, Cornea, Diverticulum - esophagus/small intestine, Dupuytren's contracture tissue, Femoral head, other than fracture, Fissure/fistula, Foreskin, other than newborn, Gallbladder, Ganglion cyst, Hematoma, Hemorrhoids, Hydatid of Morgagni, Intervertebral disc, Joint, loose body, Meniscus, Mucocoele, salivary, Neuroma - Morton's/traumatic, Pilonidal cyst/sinus, Polyps, inflammatory - nasal/sinusoidal, Skin - cyst/tag/debridement, Soft tissue, debridement, Soft tissue, lipoma, Spermatocele, Tendon/tendon sheath, Testicular appendage, Thrombus or embolus, Tonsil and/or adenoids, Varicocele, Vas deferens, other than sterilization, Vein, varicosity.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88302, 88305.
- 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: Z39.0, B35.9, I10, N92.0, N92.5, K58.0, K58.9, K59.8, K62.5, K62.6, K62.8, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, N92.6, N94.4, N94.5, N94.6, O20.0, O20.9, L02.9, L98.3, L98.9, K21.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, K52.2, K52.8, S31.0, R03.0, R04.0, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2, R30.0, R30.9, O03.1.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88305: Level IV - Surgical pathology, gross and microscopic examination Abortion - spontaneous/missed, Artery, biopsy, Bone marrow, biopsy, Bone exostosis, Brain/meninges, other than for tumor resection, Breast, biopsy, not requiring microscopic evaluation of surgical margins, Breast, reduction mammoplasty, Bronchus, biopsy, Cell block, any source, Cervix, biopsy, Colon, biopsy, Duodenum, biopsy, Endocervix, curettings/biopsy, Endometrium, curettings/biopsy, Esophagus, biopsy, Extremity, amputation, traumatic, Fallopian tube, biopsy, Fallopian tube, ectopic pregnancy, Femoral head, fracture, Fingers/toes, amputation, non-traumatic, Gingiva/oral mucosa, biopsy, Heart valve, Joint, resection, Kidney, biopsy, Larynx, biopsy, Leiomyoma(s), uterine myomectomy - without uterus, Lip, biopsy/wedge resection, Lung, transbronchial biopsy, Lymph node, biopsy, Muscle, biopsy, Nasal mucosa, biopsy, Nasopharynx/oropharynx, biopsy, Nerve, biopsy, Odontogenic/dental cyst, Omentum, biopsy, Ovary with or without tube, non-neoplastic, Ovary, biopsy/wedge resection, Parathyroid gland, Peritoneum, biopsy, Pituitary tumor, Placenta, other than third trimester, Pleura/pericardium - biopsy/tissue, Polyp, cervical/endometrial, Polyp, colorectal, Polyp, stomach/small intestine, Prostate, needle biopsy, Prostate, TUR, Salivary gland, biopsy, Sinus, paranasal biopsy, Skin, other than cyst/tag/debridement/plastic repair, Small intestine, biopsy, Soft tissue, other than tumor/mass/lipoma/debridement, Spleen, Stomach, biopsy, Synovium, Testis, other than tumor/biopsy/castration, Thyroglossal duct/brachial cleft cyst, Tongue, biopsy, Tonsil, biopsy, Trachea, biopsy, Ureter, biopsy, Urethra, biopsy, Urinary bladder, biopsy, Uterus, with or without tubes and ovaries, for prolapse, Vagina, biopsy, Vulva/labia, biopsy.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88302, 88304.
- 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: B35.3, I78.1, E28.8, G93.3, N89.7, N91.3, N91.4, N91.5, N92.5, O08.1, O08.7, O10.2, K57.9, K58.0, K58.9, K59.0, K59.4, K57.8, K62.2, K62.3, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, K63.4, K63.8, K92.8, L30.9, L30.8, M15.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.0, N93.8, N93.9, N94.4, N94.5, N94.6, N94.8, N95.1, N95.8, N97.9, O47.1, O20.0, O20.9, O21.1, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, L98.3, N76.3, O03.0, O03.3, O03.4, O03.6, L23.9, N88.2, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.2, K52.8, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R87.8, R01.0, R01.1, R03.0, R10.2, R10.3, R16.1, R16.2, O72.2, O03.1.

- Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: B35.6, L01.0, N64.4, N97.1, K29.0, K30, K21.9, K52.9, R21, K27.4.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.

Παθολογία-Ανατομία

88311: Decalcification procedure (List separately in addition to code for surgical pathology examination).

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88312: Special stain including interpretation and report; Group I for microorganisms (e.g. acid fast, methenamine silver).

- 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 δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88313, 88314, 88319.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: L02.9, L98.3, R03.0, R10.0, R10.1.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88313: Special stain including interpretation and report; Group II, all other (e.g. iron, trichrome), except stain for microorganisms, stains for enzyme constituents, or immunocytochemistry and immunohistochemistry.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88312, 88314, 88319.
- 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: B35.3, E89.0, D48.5, E28.2, K59.0, K62.7, K62.8, K62.9, K63.3, K29.7, K29.9, K21.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, R90.0, R10.2, R10.3, R16.1, R16.2, R19.5, R22.0, R22.1
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: D22.5, D22.9, D23.5, D23.9, K52.2, K52.8.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88314: Special stain including interpretation and report; histochemical stain on frozen tissue block (List separately in addition to code for primary procedure).

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88312, 88313, 88319.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88319: Special stain including interpretation and report; Group III, for enzyme constituents.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 88312, 88313, 88314.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88331: Pathology consultation during surgery; first tissue block, with frozen section(s), single specimen.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z30.4, B37.3, E28.2, N13.2, N89.7, N91.3, N91.4, N91.5, N92.0, N92.5, K59.0, K60.3, K60.4, K60.5, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, N20.0, N20.2, N93.0, N93.8, N94.4, N94.5, N94.6, N95.1, N95.9, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L50.9, K30, M54.5, K21.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, K52.8, K52.9, K55.2, R42, O99.8, R30.0, R30.9.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88332: Pathology consultation during surgery; each additional tissue block with frozen section(s)
(List separately in addition to code for primary procedure).

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: L98.9.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88341: Immunohistochemistry or immunocytochemistry, per specimen; each additional single antibody stain procedure (List separately in addition to code for primary procedure).

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: CY119, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: L98.9.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88342: Immunohistochemistry (including tissue immunoperoxidase), each antibody.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: CY119, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διάγνωση: Z94.0, E11.9, E13.9, D50.9, E28.2, E03.9, N92.0, K58.0, K58.9, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, K52.2, K52.8, K52.9, R87.6, O90.8, R94.4, R94.6, R10.0, R10.1, R12, O99.0, R39.1.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88344: Immunohistochemistry or immunocytochemistry, per specimen; each multiplex antibody stain procedure.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: CY119, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88346: Immunofluorescence, per specimen; initial single antibody stain procedure.

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: CY119, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

88350: Immunofluorescence, per specimen; each additional single antibody stain procedure (List separately in addition to code for primary procedure).

- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: CY119, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY099: 1st Additional biopsy, other place.

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY100: 2nd Additional biopsy, other place.

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY116: 3rdAdditional biopsy, other place.

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY117: 4rdAdditional biopsy, other place.

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY118: 5rdAdditional biopsy, other place.

- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 5 φορές ανά απαίτηση.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY119: Bone marrow biopsy and lymphoma nodal and extranodal.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY120, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY120: Malignant neoplasm, primary site unspecified.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY119, CY121, CY122, CY123, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY121: Sarcoma.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY119, CY120, CY122, CY123, CY124.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY122: Renal biopsy using immunofluorescence.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY119, CY120, CY121, CY123, CY124.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY123: Direct immunofluorescence skin biopsy.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY119, CY120, CY121, CY122, CY124.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

CY124: Monoclonal antibodies- based targeted therapy in breast cancer.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 88341, 88342, 88344, 88346, 88350, CY119, CY120, CY121, CY122, CY123.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.

Παθολογία-Ανατομία

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.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.
- 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> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| -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.

| | |
|--|---|
| NAME: | |
| ID NUMBER: | |
| Gender: | Male <input type="checkbox"/> Female <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) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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 πυλαισυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,

- *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιστών οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

Παθολογία-Ανατομία

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

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Επείγοντα περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ ΙΙ | |
|---|---|
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10): | |
| 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, | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <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 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.

| | |
|--|---|
| NAME: | |
| ID NUMBER: | |
| Gender: | Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> |
| DOB: | |
| Diagnosis: | |
| Medical History¹: | |
| 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) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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 σπιρομέτρηση, 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,

- *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιστών οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

Παθολογία-Ανατομία

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.
- Η ετοιμασία και μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων στο Σύστημα Πληροφορικής θα είναι δυνατή μέχρι και 30 μέρες από την ημερομηνία της επίσκεψης. Επιπρόσθετα η μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά.
- Κωδικός δραστηριότητας προστίθεται μόνο από Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ ΙΙ | |
|---|---|
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10): | |
| 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 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.

| | |
|--|---|
| NAME: | |
| ID NUMBER: | |
| Gender: | Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> |
| DOB: | |
| Diagnosis: | |
| Medical History¹: | |
| 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) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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.
-