

Περιεχόμενα

Ψυχιατρική

Contents

99241.....	2
99241-95.....	3
99242.....	4
99242-95.....	5
99243.....	6
99243-95.....	7
99244.....	8
99244-95.....	9
99441.....	10
99442.....	11
CY252.....	12
CY253.....	18
CY254.....	19
CY255.....	21
CY293.....	22
CY294.....	31
CY295.....	40

Ψυχιατρική

99241: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο κωδικός χρησιμοποιείται σε περίπτωση ομαδικής θεραπείας για κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z96.2, Z98.8.

Ψυχιατρική

99241-95: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Απαιτείται τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις για την αναγκαιότητα διενέργειας τηλεϊατρικής αντί φυσικής παρουσίας καθώς και στιγμιότυπο οθόνης (ημερομηνία, ώρα, διάρκεια, στοιχεία αναγνώρισης του παροχέα, στοιχεία αναγνώρισης του δικαιούχου).

Ψυχιατρική

99242: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; and 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 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ψυχιατρική

99242-95: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; and 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 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Απαιτείται τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις για την αναγκαιότητα διενέργειας τηλεϊατρικής αντί φυσικής παρουσίας καθώς και στιγμιότυπο οθόνης (ημερομηνία, ώρα, διάρκεια, στοιχεία αναγνώρισης του παροχέα, στοιχεία αναγνώρισης του δικαιούχου).

Ψυχιατρική

99243: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- 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: L81.9, Z95.1, Z96.2, Z98.8.

Ψυχιατρική

99243-95: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Απαιτείται τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις για την αναγκαιότητα διενέργειας τηλεϊατρικής αντί φυσικής παρουσίας καθώς και στιγμιότυπο οθόνης (ημερομηνία, ώρα, διάρκεια, στοιχεία αναγνώρισης του παροχέα, στοιχεία αναγνώρισης του δικαιούχου).

Ψυχιατρική

99244: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 30% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Ψυχιατρική

99244-95: Office consultation for a new or established patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; and 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, 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Απαιτείται τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις για την αναγκαιότητα διενέργειας τηλεϊατρικής αντί φυσικής παρουσίας καθώς και στιγμιότυπο οθόνης (ημερομηνία, ώρα, διάρκεια, στοιχεία αναγνώρισης του παροχέα, στοιχεία αναγνώρισης του δικαιούχου).

Ψυχιατρική

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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ψυχιατρική

99442: 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; 11-20 minutes of medical discussion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ψυχιατρική

CY252: Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation - Treatment Initiation

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (επόμενη σελίδα).
- Αφορά την **πρώτη συνεδρία της θεραπείας**.
- Μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με οποιοδήποτε κωδικό επίσκεψης.

**ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΟΣ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ
(REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION)
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει τη θεραπεία επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS) μετά από εξασφάλιση προέγκρισης, όταν ισχύουν και τεκμηριώνονται επαρκώς τα πιο κάτω:

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΗ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
<p>Δικαιούχος >18 ετών με επιβεβαιωμένη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ), μεμονωμένου ή υποτροπιάζοντος επεισοδίου.</p>	<p>Καταγραφή της αξιολόγησης της κατάθλιψης με μια από τις πιο κάτω τυπικές κλίμακες κατάθλιψης στο έντυπο προέγκρισης:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) με ελάχιστη βαθμολογία 20 - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) με ελάχιστη βαθμολογία 17
ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ (πρέπει να ισχύει ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ μία)	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
<p>Έλλειψη κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε φαρμακευτική αγωγή για ΜΚΔ, έπειτα από τέσσερις (4) πλήρεις δοκιμές ψυχοφαρμακολογικών παραγόντων από τουλάχιστον δύο (2) διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων (θεωρείται πλήρης η δοκιμή εάν υπάρχει η μέγιστη ανεκτή θεραπευτική δόση και διάρκεια όχι μικρότερη από τέσσερις (4) εβδομάδες ανά φάρμακο).</p> <p>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυται.</p>	<p>Τεκμηρίωση των φαρμακευτικών δοκιμών που έχει υποβληθεί ο/η ασθενής με καταγραφή όλων των δραστικών ουσιών, δοσολογικών σχημάτων, διάρκειας θεραπειών και τις αντίστοιχες ημερομηνίες, στο έντυπο προέγκρισης.</p>

<p>Αδυναμία ανοχής σε φαρμακευτική αγωγή για ΜΚΔ, σε τέσσερις (4) διαφορετικούς ψυχοφαρμακολογικούς παράγοντες με καταγεγραμμένες ανεπιθύμητες ενέργειες.</p> <p>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυται.</p>	<p>Καταγραφή των φαρμακευτικών δοκιμών που έχει υποβληθεί ο/η ασθενής και των αντίστοιχων ανεπιθύμητων ενεργειών στο έντυπο προέγκρισης.</p>
<p>Ιστορικό κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε rTMS σε προηγούμενο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη MADRS ή HDRS. Η επανάληψη συνεδριών δύναται να πραγματοποιηθεί σε περίπτωση <u>υποτροπιάζοντος καταθλιπτικού επεισοδίου</u> μετά από έναν επιτυχή κύκλο συνεδριών (βλ. πιο πάνω)</p> <p>Ο κύκλος συνεδριών δεν δύναται να ξεπεράσει τις σαράντα πέντε (45) συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων των συνεδριών συντήρησης εφόσον ενδείκνυται.</p> <p>Η επανάληψη συνεδριών δύναται να πραγματοποιηθεί μόνο μία φορά.</p>	<p>Επισύναψη έκθεσης των αποτελεσμάτων της προηγούμενης θεραπείας με rTMS με ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη στο έντυπο προέγκρισης όπως και καταγραφή της ημερομηνίας της τελευταίας συνεδρίας του προηγούμενου κύκλου συνεδριών.</p>

Ο Οργανισμός ΔΕΝ αποζημιώνει την θεραπεία επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS) ακόμα και αν ισχύουν και τεκμηριώνονται τα πιο πάνω, στις παρακάτω περιπτώσεις:

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:

- ❖ Ψύχωση, οξεία ή χρόνια (π.χ. μείζονα κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια)
- ❖ Παρουσία μεταλλικής ή αγώγιμης συσκευής στο κεφάλι ή το σώμα (π.χ. μεταλλικά κλιπ ανευρύσματος, θραύσματα σφαίρας, βηματοδότες, εμφυτευμένος απινιδωτής καρδιομετατροπής (ICD), Διεγέρτης Πνευμονογαστρικού Νεύρου)

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΟΥ ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΥ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ
ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ**

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10):.....

Αξιολόγηση Κατάθλιψης:

- Βαθμολογία στην κλίμακα Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
- ή
- Βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ΜΕΡΟΣ Β

Σημειώστε την/τις πρόσθετη/ες ένδειξη/ενδείξεις για τη διενέργεια της δραστηριότητας όπως φαίνεται πιο κάτω:

- Έλλειψη κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε φαρμακευτική αγωγή για
**Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, έπειτα από τέσσερις (4) πλήρεις δοκιμές
ψυχοφαρμακολογικών παραγόντων από τουλάχιστον δύο (2)
διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων.**

Παρακαλείστε όπως τεκμηριώσετε τις φαρμακευτικές δοκιμές που υπεβλήθη ο/η ασθενής με καταγραφή όλων των δραστικών ουσιών, δοσολογικών σχημάτων, διάρκειας θεραπειών και τις αντίστοιχες ημερομηνίες:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Αδυναμία ανοχής σε φαρμακευτική αγωγή για Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή, σε τέσσερις (4) διαφορετικούς ψυχοφαρμακολογικούς παράγοντες με καταγεγραμμένες ανεπιθύμητες ενέργειες.**

Παρακαλείστε όπως τεκμηριώσετε εδώ τις φαρμακευτικές δοκιμές στις οποίες έχει υποβληθεί ο/η ασθενής και τις αντίστοιχες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάστηκαν:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Υποτροπιάζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ιστορικό κλινικά σημαντικής ανταπόκρισης σε rTMS για την ίδια ένδειξη, με ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη MADRS ή HDRS.

Παρακαλείστε όπως επισυνάψετε έκθεση αποτελεσμάτων της προηγούμενης θεραπείας με rTMS με ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη στο έντυπο προέγκρισης, όπως και καταγραφή της ημερομηνίας της τελευταίας συνεδρίας του προηγούμενου κύκλου συνεδριών.

Βεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την/τις πιο πάνω ένδειξη/ενδείξεις*

Βεβαιώνω ότι ο δικαιούχος δεν παρουσιάζει καταστάσεις οι οποίες περιλαμβάνονται στις αντενδείξεις της διενέργειας θεραπείας rTMS όπως αυτές αναγράφονται στις κατευθυντήριες οδηγίες του Οργανισμού*

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

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:.....Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Ψυχιατρική

CY253: Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation - Treatment Continuation

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αντιπροσωπεύει τις **ενδιάμεσες συνεδρίες της θεραπείας**.
- Μέγιστη ποσότητα συνολικών απαιτήσεων ενδιάμεσων συνεδριών: 28 απαιτήσεις.
- Δύναται να υποβληθεί μόνο σε συνδυασμό με τους κωδικούς επίσκεψης 99241 ή 99242.

Ψυχιατρική

CY254: Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation - Completion of Treatment

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Υποβάλλεται κατά την **τελευταία συνεδρία της θεραπείας**.
- Απαιτεί συμπλήρωση ερωτηματολογίου ολοκλήρωσης της θεραπείας (βλ. επόμενη σελίδα).
- Μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με οποιοδήποτε κωδικό επίσκεψης.

Ερωτηματολόγιο ολοκλήρωσης της θεραπείας Επαναληπτικού Διακρανιακού Μαγνητικού Ερεθισμού (rTMS)

(για κωδικό CY254)

Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω:

- Βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης κατάθλιψης πριν την έναρξη της θεραπείας (ονομαστική καταγραφή της κλίμακας και της αριθμητικής βαθμολογίας)*:
- Αριθμός ολοκληρωμένων συνεδριών*:
- Βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης κατάθλιψης μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών (ονομαστική καταγραφή της κλίμακας και της αριθμητικής βαθμολογίας)*:

Σημείωση:

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

Σε περίπτωση που δεν μπορούν να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, 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.

Ψυχιατρική

CY255: Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation – Treatment Maintenance

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αντιπροσωπεύει τις **συνεδρίες συντήρησης θεραπείας**.
- Υποβάλλεται μετά το πέρας της τελευταίας συνεδρίας ενός ολοκληρωμένου κύκλου συνεδριών rTMS (δηλαδή μετά την ολοκλήρωση 30 συνεδριών και μετά την υποβολή του κωδικού CY254 που αφορά την τελευταία συνεδρία της θεραπείας) με **ανταπόκριση μεγαλύτερη από 50% σε κάποια από τις τυπικές κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη MADRS ή HDRS**. Οι συνεδρίες συντήρησης δύναται να πραγματοποιηθούν μόνο εφόσον δεν έχουν επέλθει τρεις (3) μήνες από την τελευταία συνεδρία.
- Μέγιστη ποσότητα συνολικών απαιτήσεων συνεδριών συντήρησης: 15 απαιτήσεις.
- Δύναται να υποβληθεί μόνο σε συνδυασμό με τους κωδικούς επίσκεψης 99241 ή 99242.

Ψυχιατρική

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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- 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 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 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 τότε 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 κιστών 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.

Ψυχιατρική

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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- 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 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 διασφαγτιδική 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,
 - o *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 κίρσων 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.

Ψυχιατρική

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 διαχείριση 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.
- Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει κατά μέσο όρο, μέχρι και 525 επισκέψεις ανά μήνα συμπεριλαμβανομένου Σαββατοκύριακου και αργιών.
- 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:	
<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 διασφαγτιδική 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,
 - o *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 κισμών 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.
-