

## Περιεχόμενα

### Νεφρολογία

99201 .....	3
99202 .....	4
99203 .....	5
99204 .....	6
99205 .....	7
99212 .....	8
99213 .....	9
99214 .....	10
99215 .....	11
99441 .....	12
12001 .....	13
32554 .....	14
32555 .....	15
36589 .....	16
36590 .....	17
36593 .....	18
36600 .....	19
36860 .....	20
43752 .....	21
49082 .....	22
49083 .....	23
51701 .....	24
51702 .....	25
51703 .....	26
51798 .....	27
76536 .....	29
76604 .....	30
76700 .....	31
76770 .....	33

<b>76776</b> .....	<b>34</b>
<b>81003</b> .....	<b>35</b>
<b>81015</b> .....	<b>36</b>
<b>90959</b> .....	<b>37</b>
<b>90962</b> .....	<b>38</b>
<b>93000</b> .....	<b>39</b>
<b>93784</b> .....	<b>40</b>
<b>93880</b> .....	<b>41</b>
<b>93925</b> .....	<b>44</b>
<b>93926</b> .....	<b>47</b>
<b>93970</b> .....	<b>50</b>
<b>93971</b> .....	<b>53</b>
<b>93978</b> .....	<b>56</b>
<b>93990</b> .....	<b>57</b>
<b>96360</b> .....	<b>58</b>
<b>96361</b> .....	<b>59</b>
<b>96365</b> .....	<b>60</b>
<b>96369</b> .....	<b>61</b>
<b>0507F</b> .....	<b>62</b>
<b>CY293</b> .....	<b>63</b>
<b>CY294</b> .....	<b>72</b>
<b>CY295</b> .....	<b>81</b>

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

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

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

# Νεφρολογία

---

**32554: Thoracentesis, needle or catheter, aspiration of the pleural space; without imaging guidance.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 32555.

# Νεφρολογία

---

32555: Thoracentesis, needle or catheter, aspiration of the pleural space; with imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 76604, 32554.
- Ενδεικνυόμενος χρόνος: τουλάχιστον 30 λεπτά. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99202, 99212, 99213.
- Οι απεικονίσεις υπερήχου αποτελούν ελάχιστη τεκμηρίωση.

# Νεφρολογία

---

36589: Removal of tunneled central venous catheter, without subcutaneous port or pump.

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

# Νεφρολογία

---

36590: Removal of tunneled central venous access device, with subcutaneous port or pump, central or peripheral insertion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: C91.0.

# Νεφρολογία

---

36593: External cannula de clotting (separate procedure); without balloon catheter.

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

# Νεφρολογία

---

36600: External cannula de clotting (separate procedure); without balloon catheter.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή απαιτεί μεταφόρτωση του αποτελέσματος όπως αυτό εκτυπώνεται από τον αναλυτή αερίων.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I10, J98.9, K64.9, K65.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, R10.3.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: R42, R40.0.

# Νεφρολογία

---

36860: External cannula de clotting (separate procedure); without balloon catheter.

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

# Νεφρολογία

---

43752: Naso- or oro-gastric tube placement, requiring physician's skill and fluoroscopic guidance (includes fluoroscopy, image documentation and report).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαιτείται η μεταφόρτωση αντιπροσωπευτικών φθοροσκοπικών εικόνων, συνοδευόμενων από ιατρική έκθεση, η οποία να τεκμηριώνει επαρκώς τη διενέργεια και την ιατρική αναγκαιότητα της πράξης. Οι εικόνες θα πρέπει να περιλαμβάνουν στιγμιότυπα οθόνης (screenshots) ή στατικές λήψεις (spot films) που να τεκμηριώνουν:
  - την τοποθέτηση του σωλήνα, και
  - τη σωστή τελική θέση του σωλήνα.Επιπρόσθετα, οι εικόνες θα πρέπει να είναι:
  - επαρκώς ταυτοποιήσιμες (στοιχεία ασθενούς και ημερομηνία), και
  - επαρκούς διαγνωστικής ποιότητας (π.χ. καθαρές φωτογραφίες, χωρίς θόλωση, όχι φωτογραφίες οθόνης χαμηλής ανάλυσης).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K65.9.

# Νεφρολογία

---

49082: Abdominal paracentesis (diagnostic); without imaging guidance.

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

# Νεφρολογία

---

49083: Abdominal paracentesis (diagnostic or therapeutic); with imaging guidance.

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

# Νεφρολογία

---

51701: Insertion of non-indwelling bladder catheter (e.g., straight catheterization for residual urine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51702, 51703.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N92.0, N92.5, O34.2, N20.0, N20.2, N23, N92.6.

# Νεφρολογία

---

51702: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; simple (e.g., Foley).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51703.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I13.0, I10, N13.2, J98.9, K59.0, K62.8, N20.1, N20.2, N23, K30, M17.9, R10.0, R10.2, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9, R30.0, R30.9.

# Νεφρολογία

---

**51703: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; complicated (e.g., altered anatomy, fractured catheter/balloon).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51702.

# Νεφρολογία

---

51798: Measurement of post-voiding residual urine and/or bladder capacity by ultrasound, non-imaging.

- 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.
- Συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z94.0, I10, G93.3, N92.0, K58.0, K58.9, N23, N28.1, N97.9, K29.7, K29.9, N39.0, K52.8, K52.9, R16.0, R16.1, R16.2, R19.8.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: R30.0, R30.9.

## Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια Υπολειπόμενο μετά την ούρηση

(Για τον κωδικό 51798)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια του υπολειπόμενου μετά την ούρηση στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Στο πλαίσιο συστηματικής διαγνωστικής προσέγγισης και παρακολούθησης πορείας θεραπείας σε άνδρες ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό. Επανάληψη στις 2 εβδομάδες και μετά από τρεις μήνες.
2. Σε ασθενείς με ακράτεια ούρων
  - a) Αν υπάρχει υποψία υποσυσταλτικής κύστης
  - b) Σε γυναίκες με πρόπτωση έσω γεννητικών οργάνων και ακράτεια ούρων από προσπάθεια ή έπειξη
  - c) Σε ασθενείς (άνδρες και γυναίκες μετά από επέμβαση διόρθωσης ακράτειας ούρων ή κολποραφίας)
3. Σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπείες που μπορεί να επιδεινώσουν τη δυσχέρεια της ούρησης. ( Αντιχολινεργικά, αντικαταθλιπτικά κ.ά)
4. Σε ασθενείς με νευρογενή κύστη και ακράτεια ούρων.
5. Κυστικός πόνος
6. Σε τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα-έλεγχος θέσης καθετήρα
7. Πριν την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγή ή την διενέργεια χειρουργικής επέμβασης για συμπτωματολογία ούρησης ή ακράτειας και μετεγχειρητικά (την επόμενη της επέμβασης ή/ και μετά από ένα μήνα).
8. Σε χρόνιες υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.
9. Σε ασθενείς με ιστορικό κυστεοουρηθηρικής παλινδρόμησης
10. Στα πλαίσια προμεταμοσχευτικού ελέγχου
11. Σε μεταμοσχευμένους ασθενείς με εικόνα διάτασης πυελοκαλυκτικού συστήματος του μεταμοσχευμένου νεφρού ή με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις

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

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ από τα πιο πάνω πεδία.

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

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

# Νεφρολογία

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

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

# Νεφρολογία

---

76604: Ultrasound, chest (includes mediastinum), real time with image documentation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 32555.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E28.1, E03.9, K60.3, K60.4, K60.5, M79.1, M79.7, M60.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R05, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

# Νεφρολογία

76700: Ultrasound, abdominal, real time with image documentation; complete.

- Αφορά στην απεικόνιση ήπαρ, χοληδόχου κύστης, χοληδόχου πόρου, παγκρέατος, σπλήνα, νεφρών, άνω κοιλιακής αορτής και κάτω κοίλης φλέβας.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 76770, 76811, 76816, 76805, 76813, 76815, 76830.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z00.0, Z30.0, B01.9, B35.9, B37.3, B64, B80, B89, B97.1, B97.8, C69.2, D07.5, I10, D64.9, E55.9, E10.9, E11.9, H81.1, I25.9, E13.9, E22.1, E66.9, D50.9, G47.0, G47.3, I34.8, E28.1, D51.9, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E03.3, E03.8, E03.9, E04.2, N63, N91.3, N91.4, N91.5, J21.1, J21.8, J21.9, J20.9, J34.0, J34.1, J34.8, K59.0, K60.3, K60.4, K60.5, K62.8, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, M15.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.9, N95.9, J39.2, J39.8, J39.9, J42, K02.5, K02.9, O15.0, O15.2, O21.0, O21.9, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, K30, M17.9, M79.1, M79.7, L98.3, N76.3, J02.8, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, O24.9, L23.9, K42.9, M51.0, M51.1, M54.5, M54.8, M54.9, M60.9, L98.9, N39.0, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.9, L24.9, L25.9, L29.9, L30.0, L30.2, L68.2, L68.8, L68.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L68.0, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.1, K52.2, K52.8, M25.5, R42, R45.8, O86.4, R03.0, R04.0, R06.0, R07.0, R09.0, R51, R55, R60.0, R60.1, R60.9, O66.0, O90.8, R63.5, R65.2, R68.1, R68.8, R09.8, R21, O98.4, O99.0, O99.8, R82.2, R82.3, R30.0, R30.9, S96.2, E11.8.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z92.2, Z92.3, Z80.0, A04.7, B96.8, F98.0, E88.0, D50.0, I88.0, I89.0, E78.9, N30.0, N32.0,

K76.9, N41.0, N43.3, K21.0, R50.9, R17.

# Νεφρολογία

---

76770: Ultrasound, retroperitoneal (e.g., renal, aorta, nodes), real time with image documentation; complete.

- Αφορά στην απεικόνιση νεφρών, κοιλιακής αορτής και ουροδόχου κύστης.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 76700.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.2, Z41.2, Z48.8, B37.8, B48.8, D17.1, I69.3, D64.9, F52.4, G43.0, G47.0, H54.2, H53.8, E78.5, E79.0, E83.5, E01.0, E01.2, N89.8, N91.3, N91.4, N91.5, N92.1, O08.9, J22, J32.4, J32.8, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.0, K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.5, N97.9, O44.0, O21.0, K29.7, K29.9, K30, M47.8, M79.1, M79.7, J06.9, J10.1, J11.1, K40.2, K42.9, M60.9, N85.4, K21.0, L29.9, M25.5, R42, R45.8, R87.6, R93.4, R04.0, R06.6, R51, R55, R63.5, R68.1, R68.8, R09.8, R19.3, R19.4, R19.8, O70.1, O72.2, O99.8, R30.9, O03.9.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z87.4.

# Νεφρολογία

---

76776: Ultrasound, transplanted kidney, real time and duplex Doppler with image documentation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, D45, G93.3, N13.2, N20.0, N20.2, N23, M17.9, M54.2, S96.2.

# Νεφρολογία

---

81003: Urinalysis, by dip stick or tablet reagent for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketones, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, urobilinogen, any number of these constituents; automated, without microscopy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z31.9, Z39.2, Z41.2, B35.3, B35.8, B60.1, B82.0, B97.1, B97.8, I10, E55.9, G44.1, H10.9, H11.9, D50.9, G47.0, G47.3, H91.3, E28.2, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, N63, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.9, K62.7, K62.8, K62.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M15.8, M35.2, N92.6, N95.1, N95.8, N95.9, K64.9, K66.8, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, M17.9, L98.3, J06.9, J10.1, J11.1, L20.0, L20.9, K42.9, K44.9, M51.0, M54.2, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, O33.0, 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, K52.0, K52.2, K52.8, R86.1, R42, R44.3, R45.8, S31.0, R87.8, R86.9, R00.2, R03.1, R05, R07.0, R07.1, R07.2, R09.0, R51, R55, R56.0, O90.5, R64, R68.1, R68.8, R94.5, R09.8, R10.3, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R21, R81, R86.0, R86.2, R86.8.

# Νεφρολογία

---

81015: Urinalysis; microscopic only.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z31.4, Z32.0, B01.9, B35.1, B35.6, B35.9, A88.1, B36.8, I10, E61.1, H10.9, G47.0, H53.8, E78.2, E78.5, E79.0, E03.5, E03.9, E04.8, E04.9, E05.2, N63, N89.7, N92.0, N92.1, N92.5, J21.0, J32.2, J32.4, J32.8, J32.9, J33.8, J34.0, J34.1, J34.8, J98.0, J98.9, K58.0, K58.9, K60.3, K60.4, K60.5, K62.7, K62.8, K62.9, N28.1, N93.0, N93.8, N95.0, N95.1, N97.9, J39.8, J39.9, J40, J42, K02.9, O24.0, O24.1, O24.3, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K29.3, K29.0, K29.7, K29.9, K30, O03.0, O03.4, J02.8, J06.9, J10.1, J11.1, J67.9, O24.9, K40.2, K42.9, K43.2, K44.9, K45.0, J20.8, K21.9, L68.2, L68.8, L68.9, L68.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, M25.5, R41.3, R40.0, R41.2, R44.3, R45.8, O86.0, R87.8, R93.1, R03.0, R07.0, R07.1, R09.0, R55, O90.0, O90.1, O90.5, O90.8, O90.9, R68.1, R68.8, R93.8, R09.8, R16.0, R16.1, R16.2, O99.0.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: I11.9, I15.1, E87.8, N48.2, K76.9.

# Νεφρολογία

---

90959: End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 12-19 years of age to include monitoring for the adequacy of nutrition, assessment of growth and development, and counseling of parents; with 1 face-to-face visit by a physician or other qualified health care professional per month

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

# Νεφρολογία

---

90962: End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 20 years of age and older; with 1 face-to-face visit by a physician or other qualified health care professional per month.

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

# Νεφρολογία

93000: Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z87.4, B35.1, B35.6, B35.8, B96.8, B97.1, B97.8, C92.1, I12.0, D72.8, E11.4, H81.3, I89.0, H54.2, H53.8, H53.9, G54.4, E78.5, E78.4, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, E06.1, N13.9, N15.9, N89.7, N92.0, N92.5, O34.2, J20.9, J34.3, J98.9, K57.9, K59.0, K57.8, K59.9, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, N20.9, N21.0, N23, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.8, N95.8, N95.9, O47.1, J39.8, J39.9, O20.0, O21.0, O21.2, O21.9, K64.9, K65.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, K29.5, K29.6, K29.0, K29.7, K29.9, K30, L98.3, N76.3, J02.0, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, K76.0, K40.9, K42.0, K43.0, K43.2, K44.9, K45.8, K46.9, M83.9, N39.0, N87.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, K21.9, O33.4, K52.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, K56.3, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R41.3, R41.8, R41.0, R41.2, R45.8, S31.0, S46.9, R87.8, R90.8, R93.3, R03.1, R06.3, R09.0, R50.8, O90.5, O90.8, R65.2, R63.1, R68.8, R73.0, R93.6, R93.7, R94.0, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.2, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2, R17, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R22.0, R22.1, R22.2, O99.2, O99.5, O99.6, O99.7, O99.8, R79.8, R81, R82.4, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8, R22.9, R29.0, R29.2, R29.8, R34, R39.1.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z00.0, C68.9, D09.0, E11.9, E78.2, E78.9, N18.1, R42, R50.9, R12.

# Νεφρολογία

---

93784: Ambulatory blood pressure monitoring, utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; including recording, scanning analysis, interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
  
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z94.0, B36.9, C67.9, I25.9, H53.8, G93.3, E01.1, E03.9, E04.2, K30, R00.2, R68.8, R94.3, R94.4, R21, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8.

# Νεφρολογία

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: G47.0, H53.8, G93.3, E01.1, E03.9, E04.1, E04.2, N92.0, N92.5, J20.9, N92.6, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, K21.9, R06.0, R59.0, R59.1, R59.9, R60.0, R60.1, R60.9.

**Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης εξωκρανιακών  
αρτηριών**

**(για τον κωδικό 93880)**

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


1. Νέα ή επιδεινούμενα νευρολογικά συμπτώματα (διερεύνηση παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου)
2. Σημεία συμβατά με εμβολή από τη βυθοσκόπηση (πλάκα Hollenhorst)
3. Συγκοπτικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μετά την αρχική καρδιαγγειακή εκτίμηση
4. Υπόνοια διαχωρισμού καρωτίδας
5. Σφύζων τραχηλικός όγκος
6. Φύσημα τραχηλικής χώρας χωρίς προηγηθείσα εξέταση καρωτίδας
7. Ζάλη ή διαταραχές όρασης κατά την εξέταση του άνω άκρου (πιθανό σύνδρομο υποκλοπής σπονδυλικής-υποκλειδίου)
8. Συμπτώματα συμβατά με απόφραξη σπονδυλοβασικού συστήματος (π.χ. ίλιγγος, αταξία, διπλωπία, δυσαρθρία, δυσφαγία)
9. Αθηρωμάτωση σε άλλα αγγεία
10. Σε διαγνωσμένη στένωση καρωτίδας >50% (ανά έτος από 50% έως 69%, ανά εξάμηνο από 70% και άνω)
11. Μετά από επεμβάσεις στην καρωτίδα (ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική) στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος

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

### **Σημείωση:**

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

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

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

# Νεφρολογία

---

93925: Duplex scan of lower extremity arteries or arterial bypass grafts; complete bilateral study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E07.9, I25.9, D50.9, G93.3.

**Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αρτηριών κάτω άκρων  
ή αρτηριακών μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης**

**(για τους κωδικούς 93925 & 93926)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αρτηριών κάτω άκρων ή αρτηριακών μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (πλήρης αμφίδρομη ή ετερόπλευρη/περιορισμένη μελέτη), στις παρακάτω περιπτώσεις:

**1. Παρουσία συμπτωμάτων/σημείων**

- a) Διαλείπουσα χλωτότητα κάτω άκρων ή άλγος ανάπαυσης κνήμης-ποδός δακτύλων
- b) Εξέλκωση ή γάγγραινα άκρου ποδός ή δακτύλου
- c) Λοίμωξη κνήμης/ποδός χωρίς ψηλαφητές σφύξεις
- d) Υπόνοια οξείας ισχαιμίας κάτω άκρου
- e) Σφύζουσα βουβωνική μάζα
- f) Σφύζουσα μάζα στην ιγνυακή χώρα (ανεύρυσμα ιγνυακής αρτηρίας)
- g) Φύσημα ή ροίζο στη βουβωνική χώρα
- h) Σημαντικό αιμάτωμα στη μηροβουβωνική χώρα
- i) Έντονο άλγος βουβωνικής χώρας μετά από επέμβαση

**2. Παρακολούθηση διαγνωσμένης αρτηριοπάθειας κάτω άκρων, εφόσον υπάρχει επιδείνωση ενοχλήσεων ή νέα ενοχλήματα**


**3. Μετεγχειρητική παρακολούθηση σε επεμβάσεις επαναγγείωσης (αγγειοπλαστική ή παράκαμψη) στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος**

\*Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1a-3) ισχύει/ουν .....

### **Σημείωση:**

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

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

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

# Νεφρολογία

---

93926: Duplex scan of lower extremity arteries or arterial bypass grafts; unilateral or limited study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: D17.9, N91.3, N91.4, N91.5, M79.1, M79.7, M60.9, R94.3, R10.1, R10.2, R10.3, R12, R16.0, R16.2.

**Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αρτηριών κάτω άκρων  
ή αρτηριακών μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης**

**(για τους κωδικούς 93925 & 93926)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αρτηριών κάτω άκρων ή αρτηριακών μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (πλήρης αμφίδρομη ή ετερόπλευρη/περιορισμένη μελέτη), στις παρακάτω περιπτώσεις:

**1. Παρουσία συμπτωμάτων/σημείων**

- a) Διαλείπουσα χλωρότητα κάτω άκρων ή άλγος ανάπαυσης κνήμης-ποδός δακτύλων
- b) Εξέλκωση ή γάγγραινα άκρου ποδός ή δακτύλου
- c) Λοίμωξη κνήμης/ποδός χωρίς ψηλαφητές σφύξεις
- d) Υπόνοια οξείας ισχαιμίας κάτω άκρου
- e) Σφύζουσα βουβωνική μάζα
- f) Σφύζουσα μάζα στην ιγνυακή χώρα (ανεύρυσμα ιγνυακής αρτηρίας)
- g) Φύσημα ή ροίζο στη βουβωνική χώρα
- h) Σημαντικό αιμάτωμα στη μηροβουβωνική χώρα
- i) Έντονο άλγος βουβωνικής χώρας μετά από επέμβαση

**2. Παρακολούθηση διαγνωσμένης αρτηριοπάθειας κάτω άκρων, εφόσον υπάρχει επιδείνωση ενοχλήσεων ή νέα ενοχλήματα**


**3. Μετεγχειρητική παρακολούθηση σε επεμβάσεις επαναγγείωσης (αγγειοπλαστική ή παράκαμψη) στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος**

\*Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1a–3) ισχύει/ουν .....

### **Σημείωση:**

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

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

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

# Νεφρολογία

---

93970: Duplex scan of extremity veins including responses to compression and other maneuvers; complete bilateral study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B37.3, G93.3, O34.2, K62.2, K62.3, N18.5, O15.2, O86.0, O86.4, R09.0, O90.8.

**Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης μελέτης των φλεβών των άκρων συμπεριλαμβανομένων των αποκρίσεων σε συμπίεση και άλλες μαλάξεις**

**(για τους κωδικούς 93970 & 93971)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της αμφίδρομης μελέτης των φλεβών των άκρων συμπεριλαμβανομένων των αποκρίσεων σε συμπίεση και άλλες μαλάξεις (πλήρης αμφοτερόπλευρη μελέτη) στις παρακάτω περιπτώσεις:

**1. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των κάτω άκρων:**

- a) Διάγνωση πιθανής φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου επί συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένου και ατόμων υψηλού κινδύνου όπως άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος  $>35 \text{ kg/m}^2$ , ασθενείς με θρομβοφιλία, κατακεκλιμένοι ασθενείς)
- b) Πνευμονική εμβολή
- c) Ασθενείς με ανοικτό ωοειδές τρήμα και αρτηριακή εμβολή
- d) Φλεβική ανεπάρκεια και κίρσους κάτω άκρων
- e) Προεγχειρητικά επί επεμβάσεων όπου θα απαιτηθεί λήψη φλεβικών μοσχευμάτων
- f) Πρώιμα μετεγχειρητικά επί ενδοφλεβικής εξάλειψης κίρσων (ablation)
- g) Παρακολούθηση ασθενών με γνωστή φλεβική θρόμβωση επί αντενδείξεων αντιπηκτικής αγωγής (εντός 2 εβδομάδων από τη διάγνωση) ή επί υποτροπής/επιδείνωσης των συμπτωμάτων παρά την αντιπηκτική αγωγή

**2. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των άνω άκρων:**

- a) Συμπτώματα συμβατά με θρομβοφλεβίτιδα άνω άκρου
- b) Υποτροπή συμπτωμάτων επί γνωστής εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας άνω άκρου
- c) Προεγχειρητικά, όπου απαιτείται λήψη φλεβικών μοσχευμάτων από το άνω άκρο, επί απουσίας διαθέσιμων μοσχευμάτων στο κάτω άκρο

- d) Προεγχειρητικά επί σχεδιασμού αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula) που θα πραγματοποιηθεί εντός τριμήνου από την εξέταση
- e) Μετεγχειρητικά μετά από τοποθέτηση fistula, επί δυσχέρειας καθετηριασμού ή επί σημείων δυσλειτουργίας κατά την αιμοδιάλυση, ή επί κλινικών σημείων αποτυχίας ωρίμανσης (> 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά), θρόμβωσης ή συνδρόμου υποκλοπής

**\*Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1a–2e) ισχύει/ουν .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση 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.

# Νεφρολογία

---

93971: Duplex scan of extremity veins including responses to compression and other maneuvers; unilateral or limited study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E28.2, J98.9, N18.5, N94.4, N94.5, N94.6, K52.8, K52.9, R42, R05, R10.3.

**Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης μελέτης των φλεβών των άκρων συμπεριλαμβανομένων των αποκρίσεων σε συμπίεση και άλλες μαλάξεις**

**(για τους κωδικούς 93970 & 93971)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της αμφίδρομης μελέτης των φλεβών των άκρων συμπεριλαμβανομένων των αποκρίσεων σε συμπίεση και άλλες μαλάξεις (πλήρης αμφοτερόπλευρη μελέτη) στις παρακάτω περιπτώσεις:

**1. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των κάτω άκρων:**

- a) Διάγνωση πιθανής φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου επί συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένου και απόμων υψηλού κινδύνου όπως άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος  $>35 \text{ kg/m}^2$ , ασθενείς με θρομβοφιλία, κατακεκλιμένοι ασθενείς)
- b) Πνευμονική εμβολή
- c) Ασθενείς με ανοικτό ωοειδές τρήμα και αρτηριακή εμβολή
- d) Φλεβική ανεπάρκεια και κίρσους κάτω άκρων
- e) Προεγχειρητικά επί επεμβάσεων όπου θα απαιτηθεί λήψη φλεβικών μοσχευμάτων
- f) Πρώιμα μετεγχειρητικά επί ενδοφλεβικής εξάλειψης κίρσων (ablation)
- g) Παρακολούθηση ασθενών με γνωστή φλεβική θρόμβωση επί αντενδείξεων αντιπηκτικής αγωγής (εντός 2 εβδομάδων από τη διάγνωση) ή επί υποτροπής/επιδείνωσης των συμπτωμάτων παρά την αντιπηκτική αγωγή

**2. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των άνω άκρων:**

- a) Συμπτώματα συμβατά με θρομβοφλεβίτιδα άνω άκρου
- b) Υποτροπή συμπτωμάτων επί γνωστής εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας άνω άκρου
- c) Προεγχειρητικά, όπου απαιτείται λήψη φλεβικών μοσχευμάτων από το άνω άκρο, επί απουσίας διαθέσιμων μοσχευμάτων στο κάτω άκρο


- d) Προεγχειρητικά επί σχεδιασμού αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula) που θα πραγματοποιηθεί εντός τριμήνου από την εξέταση
- e) Μετεγχειρητικά μετά από τοποθέτηση fistula, επί δυσχέρειας καθετηριασμού ή επί σημείων δυσλειτουργίας κατά την αιμοδιάλυση, ή επί κλινικών σημείων αποτυχίας ωρίμανσης (> 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά), θρόμβωσης ή συνδρόμου υποκλοπής

**\*Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1a–2e) ισχύει/ουν .....**

**Σημείωση:**

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση 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.

# Νεφρολογία

---

93978: Duplex scan of aorta, inferior vena cava, iliac vasculature, or bypass grafts; complete study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: R94.4, R94.5, R19.0.

# Νεφρολογία

---

93990: Duplex scan of hemodialysis access (including arterial inflow, body of access and venous outflow).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I25.9, J21.1, J21.8, J21.9, O90.1.

# Νεφρολογία

---

96360: Intravenous infusion, hydration; initial, 31 minutes to 1 hour.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
  - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: A04.9, G62.9, E56.9, D50.9, J00, J22, J20.9, M43.0, N76.0, K64.9, K30, J01.9, J02.9, J06.9, J10.1, J11.1, R05, R51, R60.9, R09.8, R39.1, T78.3.
  - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K29.0, M54.5, R42, R50.9.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Νεφρολογία

---

96361: Intravenous infusion, hydration; each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 για κάθε επιπλέον ώρα ενυδάτωσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.

# Νεφρολογία

---

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 και 96361 στην ίδια απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

# Νεφρολογία

---

**96369: Subcutaneous infusion for therapy or prophylaxis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour, including pump set-up and establishment of subcutaneous infusion site(s).**

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

# Νεφρολογία

---

0507F: Peritoneal dialysis plan of care documented (ESRD).

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

# Νεφρολογία

---

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services - Normal Case.

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

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ 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):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b> <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:            -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"/>	
<b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b>			
<b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b>			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας		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>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b>	<b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b>  <48 ώρες <input type="checkbox"/>	<b>Επείγον περιστατικό:</b>  <7ημέρες <input type="checkbox"/>	<b>Κανονικό Περιστατικό:</b>  <input type="checkbox"/>
<b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b>			
<b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b>		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

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

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

## MEDICAL REPORT

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

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

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

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

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

<b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>i</sup>:</b>	
--	--

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

**Prior/current treatment/management:**

**Proposed treatment / management abroad:**

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)

**Reasons for requesting medical services aboard:**

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - 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 κίρσων 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.

# Νεφρολογία

---

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

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

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

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b> <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.	
<b>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</b> -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><b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b></p>			
<p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></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>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b></p>	<p><b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b></p> <p>&lt;48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Επείγον περιστατικό:</b></p> <p>&lt;7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Κανονικό Περιστατικό:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b></p>			
<p><b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b></p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

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

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

## MEDICAL REPORT

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

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

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

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

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

<p><b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations:</b></p> <p><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να <u>παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του</u>)</i></p>	
<p><b>Prior/current treatment/management:</b></p>	
<p><b>Proposed treatment / management abroad:</b></p> <p><i>(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια <u>η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς</u>)</i></p>	
<p><b>Reasons for requesting medical services abroad:</b></p>	

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - 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 κίρσων 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.

# Νεφρολογία

---

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.
- 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):	
<b>Πρόκειται για σπάνια πάθηση<sup>1</sup>;</b>  <sup>1</sup> Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ( <a href="https://www.orpha.net/">https://www.orpha.net/</a> )	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<b>ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:</b>	
<p><b>Σημείωση:</b> Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.</p> <p>Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,</li> <li>-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,</li> <li>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</li> </ul>	

<p>-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><b>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</b></p>			
<p><b>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</b></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>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</b></p>	<p><b>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</b></p> <p>&lt;48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Επείγον περιστατικό:</b></p> <p>&lt;7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Κανονικό Περιστατικό:</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</b></p>			
<p><b>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</b></p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

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

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

## MEDICAL REPORT

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

<b>Treating Physician:</b>	Name:
	Specialty:
	Email:
	Tel. No:

<b>Patient Name:</b>	
----------------------	--

<b>Patient ID Number:</b>	
---------------------------	--

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

<b>DOB:</b>	
-------------	--

<b>Diagnosis:</b>	
-------------------	--

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

<b>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations<sup>i</sup>:</b>	
--	--

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

**Prior/current treatment/management:**

**Proposed treatment / management abroad:**

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)

**Reasons for requesting medical services abroad:**

## ΜΕΡΟΣ IV

### ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

<b>ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ</b>	
<b>ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ</b>	

<sup>i</sup> Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
  - 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.
-