

Περιεχόμενα

Πνευμονολογία-Φυματολογία

99201	4
99202	5
99203	6
99204	7
99205	8
99350	9
99212	10
99213	11
99214	12
99215	13
99441	14
31624	15
31625	16
31717	17
32554	18
32555	19
76604	20
82803	21
86580	22
92612	23
94010	24
94060	25
94070	26
94618	27
94621	28
94640	29
94660	30
94726	31
94729	32
94760	33
94762	34
95004	35
95012	36

95144	37
95801	38
95801-52	41
95805	44
95805-52	46
95806	48
95806-52	50
95810	52
95810-52	55
95811	58
95811-52	60
CY089	62
CY090	64
CY091	66
CY101	68
CY108	69
CY110	71
CY125	74
CY175	76
CY176	77
CY178	78
CY180	79
CY182	80
CY183	81
CY185	82
CY187	83
CY189	84
CY190	85
CY192	86
CY194	87
CY196	88
CY197	89
CY199	90
CY201	91
CY203	92
CY204	95

CY205	96
CY206	97
CY262	98
CY263	99
CY264	100
CY265	101
CY266	102
CY267	103
CY268	104
CY269	105
CY270	106
CY271	107
CY272	108
CY273	109
CY274	110
CY275	111
CY276	112
CY293	113
CY294	122
CY295	131

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

99350: Home visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components:

- A comprehensive interval history;
- A comprehensive examination;
- Medical decision making of moderate to 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. The patient may be unstable or may have developed a significant new problem requiring immediate physician attention. Typically, 60 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family

- Η δραστηριότητα αυτή αφορά στην παροχή κατ' οίκον φροντίδας υγείας σε ασθενείς που είναι κατακεκλιμένοι και υποστηρίζονται με μηχανικό αερισμό.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

31624: Bronchoscopy, flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial alveolar lavage.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες βρογχοσκοπήσεις.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 1 ώρα. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99212, 99213, 99214.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Απαιτείται ως ελάχιστη τεκμηρίωση η έκθεση βρογχοσκόπησης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

31625: Bronchoscopy, flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial or endobronchial biopsy(s), single or multiple sites.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες βρογχοσκοπήσεις.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 1 ώρα. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99212, 99213, 99214.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Απαιτείται ως ελάχιστη τεκμηρίωση η έκθεση βρογχοσκόπησης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

31717: Bronchoscopy, flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with catheterization with bronchial brush biopsy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες βρογχοσκοπήσεις.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 1 ώρα. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99212, 99213, 99214.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Απαιτείται ως ελάχιστη τεκμηρίωση η έκθεση βρογχοσκόπησης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα δε συνδυάζεται με τον κωδικό 32555.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς 76604 ή 32554.
- Ενδεικνυόμενος χρόνος: τουλάχιστον 30 λεπτά. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς 99201, 99202, 99212, 99213.
- Οι απεικονίσεις υπερήχου αποτελούν ελάχιστη τεκμηρίωση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

82803: Gases, blood, any combination of pH, pCO₂, pO₂, CO₂, HCO₃ (including calculated O₂ saturation).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 10% των μηνιαίων επισκέψεων.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

86580: Skin test; tuberculosis, intradermal.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, H20.9, H53.9, G93.3, K60.3, K60.4, K60.5, J06.9, R93.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.0, R22.1, R22.2, R23.1, R22.9.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

92612: Flexible endoscopic evaluation of swallowing by cine or video recording.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να κατατεθεί με τον κωδικό 31575.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η οπτικογράφηση των αποτελεσμάτων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J32.9, K21.0.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94010: Spirometry, including graphic record, total and timed vital capacity, expiratory flow rate measurement(s), with or without maximal voluntary ventilation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό: 94070.
- 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 70% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G47.3, G93.3, N63, O34.2, K58.0, K58.9, M35.2, J39.8, J39.9, J06.9, J10.1, J11.1, K45.8, R68.3, R94.5, R10.1, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2, O99.8.
 - Η δραστηριότητα αυτή περιλαμβάνει προειδοποίηση με τις εξής διαγνώσεις: J40, R05, R06.2.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94060: Bronchodilation responsiveness, spirometry as in 94010, pre- and post-bronchodilator administration.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 35% των μηνιαίων επισκέψεων των Πνευμονολόγων.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς: 94010 ή 94640.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 30 λεπτά. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99202, 99212, 99213.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση ή/και τα ευρήματα πριν και μετά τη βρογχοδιαστολή.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B36.9, G47.1, G93.3, E01.0, E01.2, J32.9, J44.1, K52.2, K52.8.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94070: Bronchospasm provocation evaluation, multiple spirometric determinations as in 94010, with administered agents (e.g. antigen[s], cold air, methacholine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό: 94010.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 1 ώρα. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99202, 99203, 99212, 99213, 99214.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση ή/και τα ευρήματα του μηχανήματος βρογχικής πρόκλησης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94618: Pulmonary stress testing (e.g. 6-minute walk test), including measurement of heart rate, oximetry, and oxygen titration, when performed.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς: 94760 ή 94762.
- Ως ελάχιστη τεκμηρίωσης αποτελεί η έκθεση ή/και απεικόνιση μηχανήματος βρογχικής πρόκλησης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94621: Cardiopulmonary exercise testing, including measurements of minute ventilation, CO₂ production, O₂ uptake, and electrocardiographic recordings.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό: 95811.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 45 λεπτά. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99202, 99212, 99213, 99214.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση ΚΑΔΚ.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: M79.1, M79.7, M60.9.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94640: Pressurized or nonpressurized inhalation treatment for acute airway obstruction for therapeutic purposes and/or for diagnostic purposes such as sputum induction with an aerosol generator, nebulizer, metered dose inhaler or intermittent positive pressure breathing (IPPB) device.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 94060.
- Ως ελάχιστη τεκμηρίωση απαιτείται η έκθεση ιατρού με συμπτώματα, αποτελέσματα και εκτιμήσεις.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94660: Initiation and subsequent management of positive airway pressure ventilation CPAP or BiPAP.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94726: Plethysmography for determination of lung volumes and, when performed, airway resistance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 40% των μηνιαίων επισκέψεων των Πνευμονολόγων.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94729: Diffusing capacity (e.g. carbon monoxide, membrane) (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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- 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.
- Πρέπει να κατατεθεί μαζί με τον κωδικό 94010 ή 94060 ή 94070 ή 94726.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν τα αποτελέσματα διάχυσης.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94760: Noninvasive ear or pulse oximetry for oxygen saturation; single determination.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- 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: B37.9, B37.2, D18.0, H67.1, E07.9, I25.9, E03.2, E04.8, E04.9, N13.2, N89.7, N92.0, N92.5, J30.2, J20.9, J32.4, J32.8, J33.9, K58.0, K58.9, N18.9, N20.1, N20.2, N23, N92.6, N93.8, N94.4, N94.5, N94.6, O21.9, K30, M17.9, J01.9, N39.4, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, K52.9, R42, R45.8, S08.0, R90.8, R93.1, R01.0, R01.1, R03.0, R07.1, R56.0, R09.3, R68.8, R93.8, R94.5, R94.6, R10.2, R16.0, R16.2, R19.0, O99.8.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

94762: Noninvasive ear or pulse oximetry for oxygen saturation; by continuous overnight monitoring (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N94.4, N94.5, N94.6.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

95004: Percutaneous tests (scratch, puncture, prick) with allergenic extracts, immediate type reaction, including test interpretation and report, specify number of tests.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.3, E01.0, E01.2, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L80, K52.2, R00.2, R68.1.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 25 φορές ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

95012: Nitric oxide expired gas determination.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

95144: Professional services for the supervision of preparation and provision of antigens for allergen immunotherapy, single dose vial(s) (specify number of vials).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διεξάγεται κατόπιν ένδειξης Ερωτηματολογίου τύπου STOP-BANG με τιμές 3 ή 4 (επόμενη σελίδα).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Αν τα αποτελέσματα το τεκμηριώνουν μπορεί να ακολουθήσει πλήρης μελέτη ύπνου.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95806, 95810, 95811) με εξαίρεση τη μελέτη ύπνου τύπου 2 (95805).
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.

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

STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire

Chung F et al Anesthesiology 2008 and BJA 2012

STOP		
Do you SNORE loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?	Yes	No
Do you often feel TIRED , fatigued, or sleepy during daytime?	Yes	No
Has anyone OBSERVED you stop breathing during your sleep?	Yes	No
Do you have or are you being treated for high blood PRESSURE ?	Yes	No

BANG		
BMI more than 35kg/m ² ?	Yes	No
AGE over 50 years old?	Yes	No
NECK circumference > 16 inches (40cm)?	Yes	No
GENDER : Male?	Yes	No

TOTAL SCORE		

High risk of OSA: Yes 5 - 8

Intermediate risk of OSA: Yes 3 - 4

Low risk of OSA: Yes 0 - 2

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια διαγνωστικής μελετών ύπνου τύπου 4

(Για τους κωδικούς 95801 και 95801-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια

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

Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί το Ερωτηματολόγιο τύπου STOP-BANG

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

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95801.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.

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

STOP-BANG Sleep Apnea Questionnaire

Chung F et al Anesthesiology 2008 and BJA 2012

STOP		
Do you SNORE loudly (louder than talking or loud enough to be heard through closed doors)?	Yes	No
Do you often feel TIRED , fatigued, or sleepy during daytime?	Yes	No
Has anyone OBSERVED you stop breathing during your sleep?	Yes	No
Do you have or are you being treated for high blood PRESSURE ?	Yes	No

BANG		
BMI more than 35kg/m ² ?	Yes	No
AGE over 50 years old?	Yes	No
NECK circumference > 16 inches (40cm)?	Yes	No
GENDER : Male?	Yes	No

TOTAL SCORE		

High risk of OSA: Yes 5 - 8

Intermediate risk of OSA: Yes 3 - 4

Low risk of OSA: Yes 0 - 2

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια διαγνωστικής μελετών ύπνου τύπου 4

(Για τους κωδικούς 95801 και 95801-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια

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

Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί το Ερωτηματολόγιο τύπου STOP-BANG

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

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95806, 95811) με εξαίρεση τις δραστηριότητες 95801 και 95810.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 2

(Για τους κωδικούς 95805 και 95805-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια:

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

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1a.....

2. Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας

3. Διερεύνηση ικανότητας διατήρησης της εγρήγορσης κατά την ημέρα

4. Υποψία διαταραχής αντίληψης της υπνηλίας (αιφνίδια επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα)

5. Υπνηλία άλλης αιτιολογίας

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

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95805.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 2

(Για τους κωδικούς 95805 και 95805-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια:

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

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της ολοκληρωμένη πλήρης μελέτη τύπου 1a.....

2. Υπερυνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας

3. Διερεύνηση ικανότητας διατήρησης της εγρήγορσης κατά την ημέρα

4. Υποψία διαταραχής αντίληψης της υπνηλίας (αιφνίδια επεισόδια ύπνου κατά την ημέρα)

5. Υπνηλία άλλης αιτιολογίας

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

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95801, 95805, 95810, 95811).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγια για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 3

(Για τους κωδικούς 95806 και 95806-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια

- a. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο STOPBANG με αποτέλεσμα ≥ 5

Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOPBANG

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

Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου Epworth

- c. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρκτική διαγνωστική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι $\geq 15//h$

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης ύπνου τύπου 4

2. Άλλες περιπτώσεις χωρίς να απαιτείται η διενέργεια του ερωτηματολογίου STOP-BANG:

- a. Παθολογικό και έντονο ροχαλητό που συνοδεύεται από συμπτώματα ημέρας
- b. Παθολογική παχυσαρκία με συμπτώματα ημέρας ή παχυσαρκία προ βαριατρικής επέμβασης
- c. Σοβαρής μορφής άσθμα
- d. Έλεγχος αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπειών ΣΑΥ
- e. Ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση ή/και αρρυθμίες

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Σε περιπτώσεις που δεν έχει ολοκληρωθεί η δραστηριότητα 95806.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 3

(Για τους κωδικούς 95806 και 95806-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια

- a. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί ερωτηματολόγιο STOPBANG με αποτέλεσμα ≥ 5

Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου STOPBANG

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

Παρακαλώ καταχωρίστε το ακριβές αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου Epworth

- c. Περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί η προκαταρκτική διαγνωστική μελέτη ύπνου τύπου 4 και το αποτέλεσμα του AHI είναι $\geq 15//h$

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης ύπνου τύπου 4

2. Άλλες περιπτώσεις χωρίς να απαιτείται η διενέργεια του ερωτηματολογίου STOP-BANG:

- a. Παθολογικό και έντονο ροχαλητό που συνοδεύεται από συμπτώματα ημέρας
- b. Παθολογική παχυσαρκία με συμπτώματα ημέρας ή παχυσαρκία προ βαριατρικής επέμβασης
- c. Σοβαρής μορφής άσθμα
- d. Έλεγχος αποτελεσματικότητας μη CPAP θεραπειών ΣΑΥ
- e. Ανθεκτική Αρτηριακή Υπέρταση ή/και αρρυθμίες

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη (95801, 95806, 95811) με εξαίρεση την δραστηριότητα 95805.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, E03.9.

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1α

(Για τους κωδικούς 95810 και 95810-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια:

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

2. Άλλες Διαταραχές ύπνου πλην της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας

- a. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας**
Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί Ερωτηματολόγιο Υπνηλίας π.χ. Epworth
Sleepiness Scale απαραίτητη προϋπόθεση EPWORTH ≥ 10
- b. Παραϋπνία
- c. Κινητικές διαταραχές σχετιζόμενων με τον ύπνο
- d. **Κεντρικού τύπου υπνική άπνοια** παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, ενήλικες μετά από οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα ή νευρολογικά νοσήματα με στελεχιαία προσβολή κ.α.
- e. **Νυκτερινών Παροξυσμικών Επεισοδίων** (Στην περίπτωση αναμένουμε να υπάρχει αναφορά στον τύπο στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης)
- f. **Υποψία συνδρόμων υποαερισμού ή υποξαιμίας σχετιζόμενων με τον ύπνο**

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


Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

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

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

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

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Στην περίπτωση μελετών ύπνου που έχουν ξεκινήσει αλλά δεν ολοκληρώθηκαν (95810).
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες δραστηριότητες μελέτης ύπνου στην ίδια επίσκεψη.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1α

(Για τους κωδικούς 95810 και 95810-52)

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

1. Αποφρακτική Υπνική Άπνοια:

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

2. Άλλες Διαταραχές ύπνου πλην της Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας

- a. **Υπερυπνία Κεντρικού Τύπου ή υπνηλία αγνώστου αιτιολογίας**
Επιβεβαιώνω ότι έχει διενεργηθεί Ερωτηματολόγιο Υπνηλίας π.χ. Epworth
Sleepiness Scale απαραίτητη προϋπόθεση EPWORTH ≥ 10
- b. Παραϋπνία
- c. Κινητικές διαταραχές σχετιζόμενων με τον ύπνο
- d. **Κεντρικού τύπου υπνική άπνοια** παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, ενήλικες μετά από οξέα καρδιαγγειακά συμβάματα ή νευρολογικά νοσήματα με στελεχιαία προσβολή κ.α.
- e. **Νυκτερινών Παροξυσμικών Επεισοδίων** (Στην περίπτωση αναμένουμε να υπάρχει αναφορά στον τύπο στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης)
- f. **Υποψία συνδρόμων υποαερισμού ή υποξαιμίας σχετιζόμενων με τον ύπνο**

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


Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

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

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

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

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Κατόπιν τεκμηρίωσης από τη διαγνωστική διαδικασία 95801.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς 94621, 95801, 95805, 95806, 95810.
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1β

(Για τους κωδικούς 95811 και 95811-52)

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

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

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης ύπνου τύπου 1α ή 3
.....

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

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Στην περίπτωση μελετών ύπνου που έχουν ξεκινήσει αλλά δεν ολοκληρώθηκαν (95811).
- Διεξάγεται μόνο με πιστοποιητικό εξειδίκευσης από αναγνωρισμένους οργανισμούς.
- Δεν δύναται η διενέργεια της δραστηριότητας σε δικαιούχους κάτω των έξι ετών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση και δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα ύπνου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση, ανάλυση ή/και απεικόνιση της δραστηριότητας.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια πλήρους μελέτης ύπνου τύπου 1β

(Για τους κωδικούς 95811 και 95811-52)

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

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

Παρακαλώ καταχωρίστε τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης ύπνου τύπου 1α ή 3
.....

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

Αριθμός Πιστοποιητικού:

Έτος απόκτησης:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY089: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 31624, 31625, 31717, 32554, 32555, CY090, CY091, CY108, CY110.
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:

Ημερομηνία και ώρα λήξης:

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY090: Biopsy forceps.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY091: Endoscopy snare used to perform polypectomy and endoscopic foreign body removal.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY101: Smoking cessation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY108: Single-use high pressure balloon dilator.

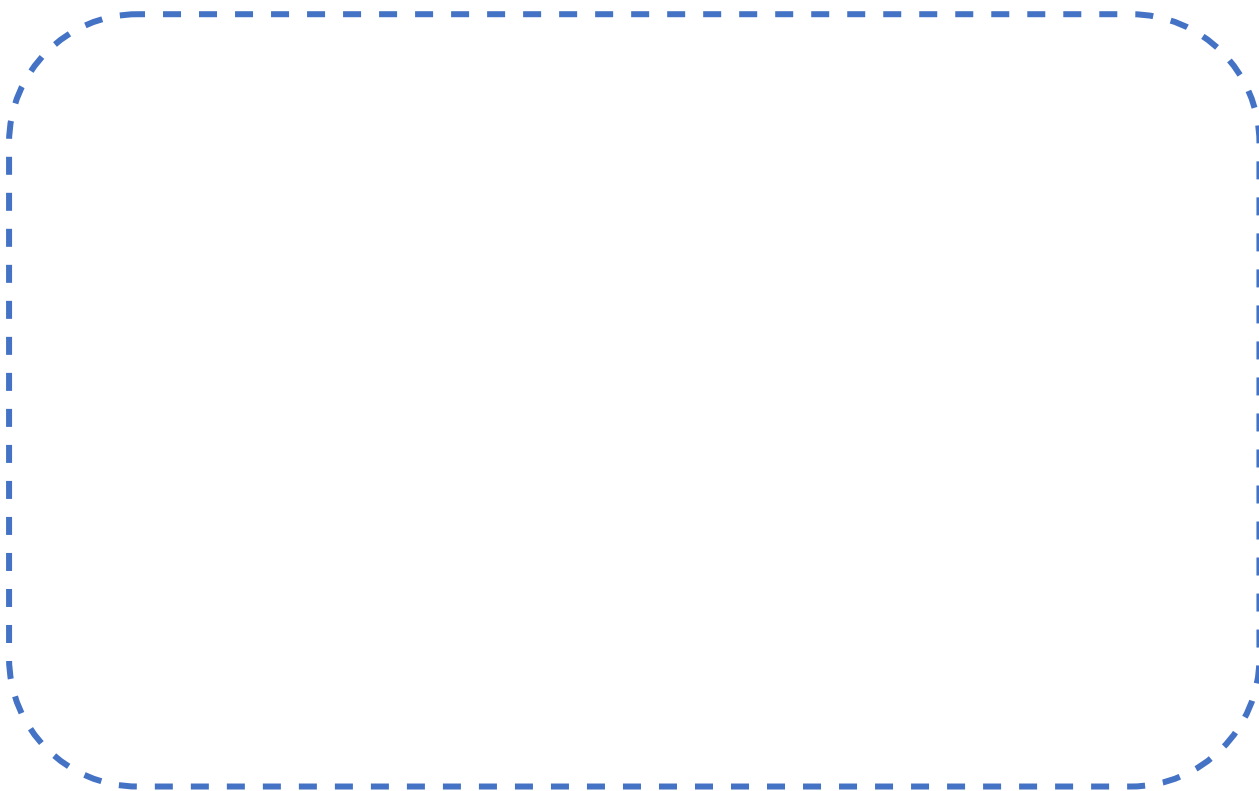
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY110: Catheterization kit for APC.

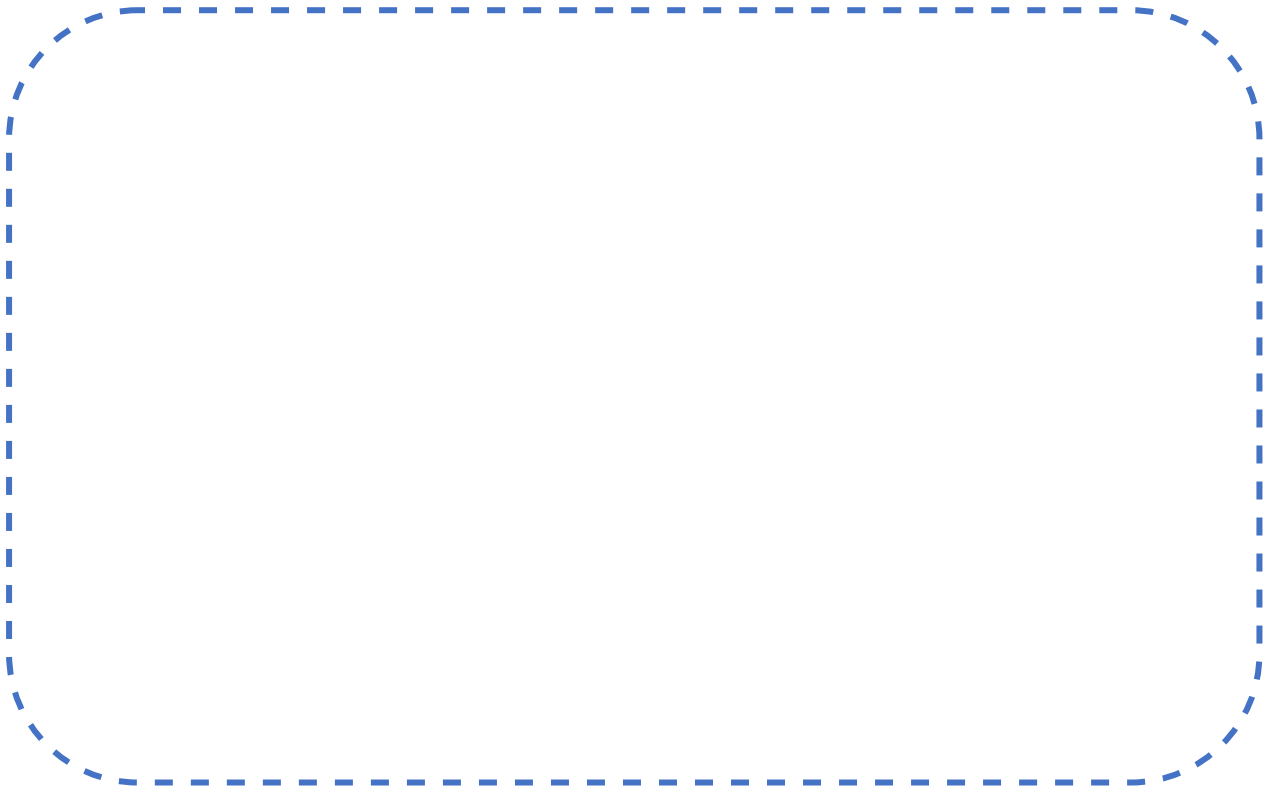
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY125: Facility fee > 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 31624, 31625, 31717, 32554, 32555, CY090, CY091, CY108, CY110.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:

Ημερομηνία και ώρα λήξης:

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY175: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with nasal mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY176: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with nasal mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY178: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY180: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with nasal mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY182: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with full face mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY183: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with full face mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY185: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full face mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY187: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with Full Face Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY189: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Pillows Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY190: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with nasal pillows mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY192: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal pillows mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY194: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with nasal pillows mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY196: Humidifier Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY197: Humidifier BMC Medical Co, Ltd (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY199: Humidifier Lowenstein Med. Tech. GmbH (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY201: Humidifier ResMed Pty Ltd (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY203: Bi-PAP Device for approval request

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα M (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΒΙ-PAP ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΜΑΣΚΑΣ (Για κωδικό
CY203)**

ΜΕΡΟΣ Α: ΈΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:

Αριθμός Ταυτότητας: Ηλικία: Φύλο: Σωματικό Βάρος: Kg

Κωδικός Δικαιούχου (ΓεΣΥ):

Θεράπων Ιατρός:

Τηλέφωνο επικοινωνίας Ιατρού: Fax Ιατρού:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού:

Ασθενής που δεν υποστηρίζεται με συσκευή ΒΙ-PAP και παρουσιάζει:

(Παρακαλώ σημειώστε με «V» σε μία από τις πιο κάτω περιπτώσεις)

1. Σύνδρομο παχυσαρκίας – υποαερισμού*
2. Νευρομυϊκή Νόσο*
3. Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας που απαιτεί πιέσεις C-PAP \geq 15/ώρα για την επαρκή θεραπεία του**
4. Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου 2 ($P_aCO_2 \geq 50$ mmHg)*
5. Νυχτερινό υποαερισμό όπως πιστοποιείται μέσω μελέτης ύπνου 1 με ταυτόχρονη καταγραφή καπνογραφίας***

* Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθεί βεβαίωση του θεράποντος Ιατρού

** Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθούν το αποτέλεσμα της μελέτης ύπνου

*** Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθεί το αποτέλεσμα της μελέτης ύπνου και της καπνογραφίας

.....

Υπογραφή Ιατρού

.....

Ημερομηνία

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ BI-PAP ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΜΑΣΚΑΣ

ΜΕΡΟΣ Β: ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:

Αριθμός Ταυτότητας: Ηλικία: Φύλο: Σωματικό Βάρος:Kg

Κωδικός Δικαιούχου (ΓΕΣΥ):

Θεράπων Ιατρός:

Τηλέφωνο επικοινωνίας Ιατρού:..... Fax Ιατρού:.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού:

Ασθενής ο οποίος είναι ήδη σε υποστήριξη με συσκευή BI-PAP και χρήζει αντικατάστασης λόγω ανεπανόρθωτης βλάβης.

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω:

- Ημερομηνία έναρξης υποστήριξης με συσκευή BI-PAP -----
- Ημερομηνία παραχώρησης υφιστάμενης συσκευής BI-PAP για την οποία ζητείται αντικατάσταση -----

Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθούν τα πιο κάτω:

- αποδεικτικό στοιχείο για επιβεβαίωση της ημερομηνίας (π.χ απόδειξη πληρωμής)
- βεβαίωση από την εταιρεία (προμηθεύτρια εταιρεία ή/και κατασκευάστρια εταιρεία) ότι η βλάβη είναι ανεπανόρθωτη ή ότι το κόστος της ζημιάς που έχει υποστεί είναι ασύμφορο να διορθωθεί)

Βεβαιώνω ότι έχω ελέγξει τα αποτελέσματα της συσκευής και ο δικαιούχος χρησιμοποιεί τη συσκευή.

Σε περίπτωση όπου κρίθηκε απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό ο ασθενής να υποβληθεί εκ νέου σε μελέτη ύπνου, να αιτιολογηθεί πιο κάτω η διεξαγωγή νέας μελέτης ύπνου και να επισυναφθούν τα αποτελέσματα :

Γενικά σχόλια:

.....
Όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει στον Οργανισμό Ασφάλιση Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των πιο πάνω, είναι ορθές, πλήρεις και αληθείς και αποδέχομαι να παρέχω οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία μου ζητηθεί από τον Οργανισμό για τους πιο πάνω σκοπούς.

Υπογραφή Ιατρού

Ημερομηνία.....

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY204: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with full face Mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY205: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full face Mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY206: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with full face Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY262: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY263: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY264: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with Full Face Mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY265: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with Full Face Mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY266: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal pillows mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY267: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal pillows mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY268: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with Nasal Mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY269: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with nasal pillows mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY270: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full nasal Mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY271: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal pillows mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY272: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with nasal Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY273: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with nasal pillows mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY274: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY275: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with full face mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

CY276: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Pillows Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY294 και CY295 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.	
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,	

<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>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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει 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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- 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, -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,</p>	

<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>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.

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

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

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

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

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

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

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

<p>Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations:</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>Prior/current treatment/management:</p>	
<p>Proposed treatment / management abroad:</p> <p><i>(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)</i></p>	
<p>Reasons for requesting medical services abroad:</p>	

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.

Πνευμονολογία-Φυματολογία

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

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).
- Απειλητικά για τη ζωή περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 2 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 24 ωρών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 20 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:	
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης.	
Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: -το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, -τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,	

<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>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 III	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

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

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

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

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

Medical 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) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30 ημέρες από τη δημιουργία του)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί 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.
-