

ΗΜΙΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΩΜΟΥ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει επεμβάσεις ημιαρθροπλαστικής, ολικής αρthroπλαστικής και ανάστροφης ολικής αρthroπλαστικής ώμου εφόσον πληρείται **τουλάχιστον μία εκ των πιο κάτω ενδείξεων** και κατόπιν συμπλήρωσης σχετικού ερωτηματολογίου, στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής παρουσιάζει επίμονο άλγος στην άρθρωση κατά τη δραστηριότητα ή/και την ανάπαυση, μειωμένο εύρος κίνησης:

Ενδείξεις	Απαραίτητη τεκμηρίωση η οποία διατηρείται από τον θεράποντα ιατρό
<p>1. Αρθρίτιδα, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής (οστεοαρθρίτιδα, φλεγμονώδεις αρθρίτιδες, μετατραυματική αρθρίτιδα), σταδίου κατά το οποίο είναι εμφανή στην ακτινογραφική απεικόνιση τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Στένωση μεσάρθριου διαστήματος II. Σκλήρυνση αρθρικών επιφανειών III. Ύπαρξη οστεόφυτων με εντόπιση η οποία συνάδει με την προαναφερόμενη συμπτωματολογία 	<p>Ακτινογραφική απεικόνιση, η οποία επιβεβαιώνει την αρθρίτιδα και τα χαρακτηριστικά i-iii</p>
<p>2. Οστεονέκρωση βραχιόνιας κεφαλής σταδίου \geq II</p>	<p>Μαγνητική τομογραφία, η οποία επιβεβαιώνει την οστεονέκρωση και το στάδιο αυτής ή Ακτινογραφική απεικόνιση εφόσον επιβεβαιώνει την οστεονέκρωση</p>
<p>3. Σύνθετο κατάγμα του άνω πέρατος του βραχιονίου οστού, τριών ή τεσσάρων τεμαχίων</p>	<p>Ακτινογραφική απεικόνιση κατάγματος και Μαγνητική ή αξονική τομογραφία</p>

4. Χρόνια, μη συρράψιμη ρήξη του στροφικού πετάλου, με σχετικά ευρήματα λιπώδους εκφύλισης των μυών του στροφικού πετάλου στη μαγνητική απεικόνιση

Μαγνητική τομογραφία, με ευρήματα λιπώδους εκφύλισης

και

Ακτινογραφική απεικόνιση (όπου διαφαίνεται η κεντρική μετανάστευση της βραχιόνιας κεφαλής)

Σημείωση:

Η αξιολόγηση του βαθμού της αρθρίτιδας στην ακτινογραφική απεικόνιση εμπίπτει στις αρμοδιότητες του θεράποντα ιατρού. Όλες οι απεικονιστικές εξετάσεις οι οποίες αναφέρονται πιο πάνω για σκοπούς ορθής τεκμηρίωσης θα πρέπει να διατηρούνται από τον ιατρό που πραγματοποιεί το εν λόγω χειρουργείο για τουλάχιστον 2 έτη από την ημερομηνία διενέργειας του και θα πρέπει να διατίθενται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας εφόσον ζητηθεί. Οι εν λόγω απεικονιστικές εξετάσεις θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνουν και τα στοιχεία ταυτοποίησης του δικαιούχου καθώς και την ημερομηνία διενέργειας της απεικόνισης.

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ/ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΩΜΟΥ

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται πάντοτε.

ΜΕΡΟΣ 1

- Περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς:*

.....
.....

- Ένδειξη*:

(χρησιμοποιήστε **ΜΟΝΟ** έναν από τους αριθμούς 1-4 που αναφέρονται πιο πάνω)

ΜΕΡΟΣ 3

- Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την απαραίτητη σχετική τεκμηρίωση*

- Επιβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες*