

Περιεχόμενα

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

99201	3
99202	4
99203	5
99204	6
99205	7
99212	8
99213	9
99214	10
99215	11
99441	12
CY106	13
CY234	14
CY235	18
CY236	22
CY237	25
CY238	28
CY239	31
CY293	34
CY294	43
CY295	52
10060	61
10021	62
17250	64
31502	65
32554	66
36592	67
36600	68
43760	69
43761	70
43752	71
49082	72
49083	73
51701	74

51703	75
76536	76
76604	77
76700	78
76770	80
78700	81
81002	82
81003	83
82044	84
93005	85
94690	86
94760	87
94762	88
96360	89
96361	90
96365	91
96366	92
96367	93
96372	94
99091	95

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY106: Change of tracheostomy tube in children, percutaneous, without imaging or endoscopic guidance.

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY234: Presence in uncomplicated delivery/pregnancy

- 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.
- Σε περίπτωση απαίτησης αποζημίωσης για παρουσία σε ανεπίπλεκτο τοκετό/κύηση για το ίδιο νεογνό και από Παιδίατρο, θα αποζημιώνεται μόνο ο Παιδίατρος.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό, σε περιπτώσεις κήσεων υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν μια κύηση υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό

Σε περιπτώσεις κύησης υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό.

Οι παράγοντες οι οποίοι καθιστούν μια κύηση υψηλού κινδύνου, σύμφωνα με την Διεθνή Βιβλιογραφία και τις συστάσεις Διεθνών Επιστημονικών Εταιρειών, δύναται να οφείλονται στη μητέρα ή/και στο έμβρυο και αναγράφονται πιο κάτω:

Παράγοντες από τη μητέρα:

- Καρδιακή νόσος (συμπεριλαμβανομένου συγγενούς καρδιοπάθειας, βαλβιδοπάθειας, καρδιακής ανεπάρκειας, οξύ στεφανιαίο ή αορτικό σύνδρομο, κ.α.)
- Υπέρταση κύησης, προεκλαμψία, εκλαμψία
- Αναιμία (μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, αναιμία με αιμοσφαιρίνη 85-105g/l κατά την έναρξη του τοκετού)
- Θρομβοφιλία
- Σακχαρώδης διαβήτης, είτε προϋπάρχον είτε κύησης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αρρυθμιστου διαβήτη ή υπό ινσουλίνη
- Προδρομικός πλακούντας ή ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα
- Αιμορραγία ή αποκόλληση πλακούντα
- Ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus
- Πολύδυμη κύηση
- Προηγούμενα χειρουργεία για γυναικολογικές παθήσεις
- Λοιμώξεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη, HIV κ.α.)
- Βαρύ κάπνισμα/ λήψη αλκοόλ /ναρκωτικών με ενδείξεις από το Μαιευτήρα - Γυναικολόγο για επηρεασμό του εμβρύου (π.χ. ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, συγγενείς ανωμαλίες, εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο)
- Χρήση φαρμάκων δυνητικά τοξικών για το έμβρυο
- Ιστορικό εμβρύων / νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες

- Κληρονομικά νοσήματα τα οποία ενδέχεται να επηρεάσουν τις ζωτικές λειτουργίες του νεογνού
- Ηλικία της επιτόκου (μικρότερη των 15 ετών ή μεγαλύτερη των 35) επί μαιευτικών ενδείξεων επιπλοκών από τη μητέρα και το έμβρυο
- Υπέρβαρη ή λιποβαρής επίτοκος
- Ιστορικό επιπλοκών σε προηγούμενη κύηση (πρώωρος τοκετός, προεκλαμψία ή εκλαμψία, έμβρυο υπολειπόμενης ανάπτυξης ή θάνατος εμβρύου)
- Πολυτοκία (περισσότερες από 5 κυήσεις)
- Ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος
- Χειρουργείο κατά τη διάρκεια της κύησης
- Χρόνιες νόσοι (αυτοάνοσο νόσημα, άσθμα, δρεπανοκυτταρική αναιμία, νεφρική νόσος, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα κ.α.)
- Τρεις ή περισσότερες αποβολές στο παρελθόν
- Παθήσεις θυρεοειδούς (συμπεριλαμβανομένου υποθυρεοειδισμού & υπερθυρεοειδισμού χωρίς θεραπευτική ρύθμιση, θυρεοτοξίκωση, καρκίνος θυρεοειδούς κ.α.)
- Πυρετός
- Πρώωρη ρήξη εμβρυικών υμένων (≥ 48 ώρες για τελειόμηνα, $\geq 18-36$ ώρες για πρόωρα)
- Πολυυδράμνιο, ολιγοϋδράμνιο
- Πρόπτωση ομφαλίδας

Παράγοντες από το έμβρυο:

- Προωρότητα ($< 32-33$ εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Μειωμένη κινητικότητα εμβρύου, βραδυκαρδία εμβρύου
- Επιπλοκές ή κλινικά σημεία/ καρδιοτοκογράφημα που υποδηλούν περιγεννητική ασφυξία σε τοκετό χαμηλού κινδύνου
- Περιγεννητική ασφυξία, Ph ≤ 7.25 , σπασμοί, υποτονία
- Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR ≤ 10 η ΕΘ)
- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA ≥ 90 η ΕΘ)

- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη προγεννητικά
- Συγγενής καρδιοπάθεια με προγεννητική διάγνωση
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκήλη, σχιστίες κ.α)
- Ύδρωπας
- Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- Γενετική νόσος

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY235: Presence in high-risk pregnancy/delivery

- 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.
- Σε περίπτωση απαίτησης αποζημίωσης για παρουσία σε τοκετό/κύηση υψηλού κινδύνου για το ίδιο νεογνό και από Παιδίατρο, θα αποζημιώνεται μόνο ο Νεογνολόγος.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό, σε περιπτώσεις κυήσεων υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν μια κύηση υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

**Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία Ειδικού Ιατρού με
εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό**

Σε περιπτώσεις κήσεων υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τον τοκετό.

Οι παράγοντες οι οποίοι καθιστούν μια κήση υψηλού κινδύνου, σύμφωνα με την Διεθνή Βιβλιογραφία και τις συστάσεις Διεθνών Επιστημονικών Εταιρειών, δύναται να οφείλονται στη μητέρα ή/και στο έμβρυο και αναγράφονται πιο κάτω:

Παράγοντες από τη μητέρα:

- Καρδιακή νόσος (συμπεριλαμβανομένου συγγενούς καρδιοπάθειας, βαλβιδοπάθειας, καρδιακής ανεπάρκειας, οξύ στεφανιαίο ή αορτικό σύνδρομο, κ.α.)
- Υπέρταση κύησης, προεκλαμψία, εκλαμψία
- Αναιμία (μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, αναιμία με αιμοσφαιρίνη 85-105g/lit κατά την έναρξη του τοκετού)
- Θρομβοφιλία
- Σακχαρώδης διαβήτης, είτε προϋπάρχον είτε κύησης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αρρυθμιστου διαβήτη ή υπό ινσουλίνη
- Προδρομικός πλακούντας ή ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα
- Αιμορραγία ή αποκόλληση πλακούντα
- Ευαισθητοποίηση στον παράγοντα Rhesus
- Πολύδυμη κύηση
- Προηγούμενα χειρουργεία για γυναικολογικές παθήσεις
- Λοιμώξεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη, HIV κ.α.)
- Βαρύ κάπνισμα/ λήψη αλκοόλ /ναρκωτικών με ενδείξεις από το Μαιευτήρα - Γυναικολόγο για επηρεασμό του εμβρύου (π.χ. ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, συγγενείς ανωμαλίες, εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο)
- Χρήση φαρμάκων δυνητικά τοξικών για το έμβρυο

- Ιστορικό εμβρύων / νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες
- Κληρονομικά νοσήματα τα οποία ενδέχεται να επηρεάσουν τις ζωτικές λειτουργίες του νεογνού
- Ηλικία της επιτόκου (μικρότερη των 15 ετών ή μεγαλύτερη των 35) επί μαιευτικών ενδείξεων επιπλοκών από τη μητέρα και το έμβρυο
- Υπέρβαρη ή λιποβαρής επίτοκος
- Ιστορικό επιπλοκών σε προηγούμενη κύηση (πρώωρος τοκετός, προεκλαμψία ή εκλαμψία, έμβρυο υπολειπόμενης ανάπτυξης ή θάνατος εμβρύου)
- Πολυτοκία (περισσότερες από 5 κυήσεις)
- Ανωμαλίες του γεννητικού συστήματος
- Χειρουργείο κατά τη διάρκεια της κύησης
- Χρόνιες νόσοι (αυτοάνοσο νόσημα, άσθμα, δρεπανοκυτταρική αναιμία, νεφρική νόσος, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα κ.α.)
- Τρεις ή περισσότερες αποβολές στο παρελθόν
- Παθήσεις θυρεοειδούς (συμπεριλαμβανομένου υποθυρεοειδισμού & υπερθυρεοειδισμού χωρίς θεραπευτική ρύθμιση, θυρεοτοξίκωση, καρκίνος θυρεοειδούς κ.α.)
- Πυρετός
- Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων (≥ 48 ώρες για τελειόμηνα, $\geq 18-36$ ώρες για πρόωρα)
- Πολυυδράμνιο, ολιγοϋδράμνιο
- Πρόπτωση ομφαλίδας

Παράγοντες από το έμβρυο:

- Προωρότητα ($< 32-33$ εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Μειωμένη κινητικότητα εμβρύου, βραδυκαρδία εμβρύου
- Επιπλοκές ή κλινικά σημεία/ καρδιοτοκογράφημα που υποδηλούν περιγεννητική ασφυξία σε τοκετό χαμηλού κινδύνου
- Περιγεννητική ασφυξία, Ph ≤ 7.25 , σπασμοί, υποτονία
- Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR ≤ 10 η ΕΘ)

- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA \geq 90η ΕΘ)
- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη προγεννητικά
- Συγγενής καρδιοπάθεια με προγεννητική διάγνωση
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκήλη, σχιστίες κ.α)
- Ύδρωπας
- Χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- Γενετική νόσος

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY236: Transportation of a newborn or child to a hospital within the city

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται για τον ίδιο δικαιούχο να υπάρξει αποζημίωση και σε Παιδίατρο και σε Νεογνολόγο.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο, σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο

Σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών σε περίπτωση μεταφοράς του νεογνού σε MENN με ασθενοφόρο.

Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου αναγράφονται πιο κάτω:

- Προωρότητα (< 32-33 εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Πρόωρα 34-37 εβδομάδες (όψιμα πρόωρα) ή πρώιμα τελειόμηνα 37-39 εβδομάδες αν παρουσιάζουν αναπνευστικό ή άλλο πρόβλημα
- Αναπνευστική δυσχέρεια, έστω ήπια που δεν υποχωρεί σε 2 ώρες ή επιδεινώνεται
- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Περιγεννητική ασφυξία, Ph \leq 7.25, σπασμοί, υποτονία
- Βαριά κεχρωσμένο αμνιακό υγρό που χρειάστηκε ανάνηψη, με σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας
- Πολύδυμη κύηση
- ΝΔΜ (Νεογνό Διαβητικής Μητέρας), ιδιαίτερα με αρρύθμιστο διαβήτη κύησης ή υπό ινσουλίνη,
- Υπογλυκαιμία
- Ενδομήτρια Καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR \leq 10η ΕΘ)
- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA \geq 90η ΕΘ)
- Άπνοιες, βραδυκαρδία
- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη μετά τον τοκετό
- Υποψία σηψαιμίας, ΝΕΚ (Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα)
- Συγγενής Καρδιοπάθεια με ύποπτα κλινικά σημεία μετά τον τοκετό
- Συγγενής λοίμωξη επιβεβαιωμένη (TORCH, HIV, Σύφιλη κ.α)
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκλήλη, σχιστίες κ.α)
- Παιδοχειρουργικά επείγοντα, (ειλεός, ατρησία οισοφάγου, ατρησία εντέρου, διαφραγματοκήλη, εξόμφαλος, γαστρόσχιση κ.α)

- Πολυδράμιο, ολιγουδράμιο
- Σοβαρή ευαισθητοποίηση Rh, αιμόλυση, σοβαρός ίκτερος
- Ύδρωπας
- Έκθεση σε εθιστικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες)
- Διαταραχές μεταβολισμού

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY237: Transportation of a newborn or child to an out-of-town hospital

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται για τον ίδιο δικαιούχο να υπάρξει αποζημίωση και σε Παιδίατρο και σε Νεογνολόγο.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο, σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο

Σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών σε περίπτωση μεταφοράς του νεογνού σε MENN με ασθενοφόρο.

Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου αναγράφονται πιο κάτω:

- Προωρότητα (< 32-33 εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Πρόωρα 34-37 εβδομάδες (όψιμα πρόωρα) ή πρώιμα τελειόμηνα 37-39 εβδομάδες αν παρουσιάζουν αναπνευστικό ή άλλο πρόβλημα
- Αναπνευστική δυσχέρεια, έστω ήπια που δεν υποχωρεί σε 2 ώρες ή επιδεινώνεται
- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Περιγεννητική ασφυξία, Ρh ≤7.25, σπασμοί, υποτονία
- Βαριά κεχρωσμένο αμνιακό υγρό που χρειάστηκε ανάνηψη, με σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας
- Πολύδυμη κύηση
- ΝΔΜ (Νεογνό Διαβητικής Μητέρας), ιδιαίτερα με αρρύθμιστο διαβήτη κύησης ή υπό ινσουλίνη,
- Υπογλυκαιμία
- Ενδομήτρια Καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR ≤10η ΕΘ)
- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA ≥90η ΕΘ)
- Άπνοιες, βραδυκαρδία
- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη μετά τον τοκετό
- Υποψία σηψαιμίας, ΝΕΚ (Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα)
- Συγγενής Καρδιοπάθεια με ύποπτα κλινικά σημεία μετά τον τοκετό
- Συγγενής λοίμωξη επιβεβαιωμένη (TORCH, HIV, Σύφιλη κ.α)
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκήλη, σχιστίες κ.α)
- Παιδοχειρουργικά επείγοντα, (ειλεός, ατρησία οισοφάγου, ατρησία εντέρου, διαφραγματοκήλη, εξόμφαλος, γαστρόσχιση κ.α)

- Πολυδράμιο, ολιγουδράμιο
- Σοβαρή ευαισθητοποίηση Rh, αιμόλυση, σοβαρός ίκτερος
- Ύδρωπας
- Έκθεση σε εθιστικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες)
- Διαταραχές μεταβολισμού

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY238: Transportation of a high-risk newborn or child to a hospital within the city

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται για τον ίδιο δικαιούχο να υπάρξει αποζημίωση και σε Παιδίατρο και σε Νεογνολόγο.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο, σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο

Σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών σε περίπτωση μεταφοράς του νεογνού σε MENN με ασθενοφόρο.

Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου αναγράφονται πιο κάτω:

- Προωρότητα (< 32-33 εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Πρόωρα 34-37 εβδομάδες (όψιμα πρόωρα) ή πρώιμα τελειόμηνα 37-39 εβδομάδες αν παρουσιάζουν αναπνευστικό ή άλλο πρόβλημα
- Αναπνευστική δυσχέρεια, έστω ήπια που δεν υποχωρεί σε 2 ώρες ή επιδεινώνεται
- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Περιγεννητική ασφυξία, Ρh ≤7.25, σπασμοί, υποτονία
- Βαριά κεχρωσμένο αμνιακό υγρό που χρειάστηκε ανάνηψη, με σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας
- Πολύδυμη κύηση
- ΝΔΜ (Νεογνό Διαβητικής Μητέρας), ιδιαίτερα με αρρύθμιστο διαβήτη κύησης ή υπό ινσουλίνη,
- Υπογλυκαιμία
- Ενδομήτρια Καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR ≤10η ΕΘ)
- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA ≥90η ΕΘ)
- Άπνοιες, βραδυκαρδία
- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη μετά τον τοκετό
- Υποψία σηψαιμίας, ΝΕΚ (Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα)
- Συγγενής Καρδιοπάθεια με ύποπτα κλινικά σημεία μετά τον τοκετό
- Συγγενής λοίμωξη επιβεβαιωμένη (TORCH, HIV, Σύφιλη κ.α)
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκλήλη, σχιστίες κ.α)
- Παιδοχειρουργικά επείγοντα, (ειλεός, ατρησία οισοφάγου, ατρησία εντέρου, διαφραγματοκήλη, εξόμφαλος, γαστρόσχιση κ.α)

- Πολυδράμιο, ολιγουδράμιο
- Σοβαρή ευαισθητοποίηση Rh, αιμόλυση, σοβαρός ίκτερος
- Ύδρωπας
- Έκθεση σε εθιστικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες)
- Διαταραχές μεταβολισμού

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY239: Transportation of a high-risk newborn or child to an out-of-town hospital

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται για τον ίδιο δικαιούχο να υπάρξει αποζημίωση και σε Παιδίατρο και σε Νεογνολόγο.
- Ο Οργανισμός συνιστά την παρουσία Ειδικού Ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο, σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου. Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου περιγράφονται στην επόμενη σελίδα.

Θέσπιση προϋποθέσεων κατά τις οποίες συνίσταται παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών κατά τη μεταφορά νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) με ασθενοφόρο

Σε περιπτώσεις νεογνών υψηλού κινδύνου, συνίσταται όπως, στον βαθμό που είναι εφικτό, διασφαλίζεται η παρουσία ειδικού ιατρού με εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών σε περίπτωση μεταφοράς του νεογνού σε MENN με ασθενοφόρο.

Οι παράγοντες που καθιστούν ένα νεογνό υψηλού κινδύνου αναγράφονται πιο κάτω:

- Προωρότητα (< 32-33 εβδομάδες συμπληρωμένες, ΒΓ < 1.5 kg)
- Πρόωρα 34-37 εβδομάδες (όψιμα πρόωρα) ή πρώιμα τελειόμηνα 37-39 εβδομάδες αν παρουσιάζουν αναπνευστικό ή άλλο πρόβλημα
- Αναπνευστική δυσχέρεια, έστω ήπια που δεν υποχωρεί σε 2 ώρες ή επιδεινώνεται
- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Περιγεννητική ασφυξία, Ρh ≤7.25, σπασμοί, υποτονία
- Βαριά κεχρωσμένο αμνιακό υγρό που χρειάστηκε ανάνηψη, με σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας
- Πολύδυμη κύηση
- ΝΔΜ (Νεογνό Διαβητικής Μητέρας), ιδιαίτερα με αρρύθμιστο διαβήτη κύησης ή υπό ινσουλίνη,
- Υπογλυκαιμία
- Ενδομήτρια Καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR ≤10η ΕΘ)
- Μεγάλα για την ηλικία κύησης νεογνά (LGA ≥90η ΕΘ)
- Άπνοιες, βραδυκαρδία
- Ταχυκαρδία παροξυσμική διαγνωσμένη μετά τον τοκετό
- Υποψία σηψαιμίας, ΝΕΚ (Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα)
- Συγγενής Καρδιοπάθεια με ύποπτα κλινικά σημεία μετά τον τοκετό
- Συγγενής λοίμωξη επιβεβαιωμένη (TORCH, HIV, Σύφιλη κ.α)
- Συγγενείς ανωμαλίες (μηνιγγομυελοκήλη, σχιστίες κ.α)
- Παιδοχειρουργικά επείγοντα, (ειλεός, ατρησία οισοφάγου, ατρησία εντέρου, διαφραγματοκήλη, εξόμφαλος, γαστρόσχιση κ.α)

- Πολυδράμιο, ολιγουδράμιο
- Σοβαρή ευαισθητοποίηση Rh, αιμόλυση, σοβαρός ίκτερος
- Ύδρωπας
- Έκθεση σε εθιστικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες)
- Διαταραχές μεταβολισμού

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services - Normal Case

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

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

<p>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>	<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			
<p>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>Σημείωση: Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων, iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

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

MEDICAL REPORT

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

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical Historyⁱ:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT, AST, GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και τότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - o DEXA

- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κερσών οισοφάγου
 - ο πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

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

<p>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>	<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			
<p>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>Σημείωση: Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων, iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

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

MEDICAL REPORT

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

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History¹:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations¹:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

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

<p>-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>	<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			
<p>Γ. Απαιτείται αερομεταφορά</p>		<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>

<p>Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):</p>	
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>Σημείωση: Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:</p> <p>(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεγεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>i. τον προκαταρκτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας), ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων, iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.</p>	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

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

MEDICAL REPORT

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

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History¹:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations¹:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

10060: Incision and drainage of abscess (e.g., carbuncle, suppurative hidradenitis, cutaneous or subcutaneous abscess, cyst, furuncle, or paronychia); simple or single.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.1, B35.4, B35.5, B35.8, I10, N63, J30.0, K60.3, K60.4, K60.5, J44.1, K02.9, K04.0, K04.7, L20.0, L20.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8, R10.3, R21.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: N61, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

10021: Fine needle aspiration biopsy, without imaging guidance; first lesion.

- 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.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης
χωρίς απεικονιστική καθοδήγηση**

(για τον κωδικό 10021)

*Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....



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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

17250: Chemical cauterization of granulation tissue (proud flesh, sinus or fistula).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.4, B35.5, H10.8, J32.9, L50.9, J06.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, R04.0, R06.0, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

31502: Tracheotomy tube change prior to establishment of fistula tract.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 25 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν επιτρέπεται η επανάληψη της δραστηριότητας.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

36592: Collection of blood specimen using established central or peripheral catheter, venous, not otherwise specified.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: C18.9, K58.0, K58.9, O21.2, R42, R55, R10.3.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K52.8, K52.9.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

43760: Change of gastrostomy tube, percutaneous, without imaging or endoscopic guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G80.9, R47.0, R10.2, R10.3.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

43761: Repositioning of a naso- or oro-gastric feeding tube, through the duodenum for enteric nutrition.

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K65.9.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

- Αφορά στην απεικόνιση ήπαρ, χοληδόχου κύστης, χοληδόχου πόρου, παγκρέατος, σπλήνα, νεφρών, άνω κοιλιακής αορτής και κάτω κοίλης φλέβας.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 76770, 76811, 76816, 76805, 76813, 76815, 76830.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z00.0, Z94.0, Z30.0, B01.9, B35.9, B37.3, B64, B80, B89, B97.1, B97.8, C69.2, D07.5, I10, D64.9, E55.9, E10.9, E11.9, H81.1, I25.9, E13.9, E22.1, E66.9, D50.9, G47.0, G47.3, I34.8, E28.1, D51.9, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E03.3, E03.8, E03.9, E04.2, N63, N91.3, N91.4, N91.5, J21.1, J21.8, J21.9, J20.9, J34.0, J34.1, J34.8, K59.0, K60.3, K60.4, K60.5, K62.8, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, M15.8, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.9, N95.9, J39.2, J39.8, J39.9, J42, K02.5, K02.9, O15.0, O15.2, O21.0, O21.9, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, K30, M17.9, M79.1, M79.7, L98.3, N76.3, J02.8, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, O24.9, L23.9, K42.9, M51.0, M51.1, M54.5, M54.8, M54.9, M60.9, L98.9, N39.0, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.9, L24.9, L25.9, L29.9, L30.0, L30.2, L68.2, L68.8, L68.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L68.0, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.1, K52.2, K52.8, M25.5, R42, R45.8, O86.4, R03.0, R04.0, R06.0, R07.0, R09.0, R51, R55, R60.0, R60.1, R60.9, O66.0, O90.8, R63.5, R65.2, R68.1, R68.8, R09.8, R21, O98.4, O99.0, O99.8, R82.2, R82.3, R30.0, R30.9, S96.2, E11.8.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z92.2, Z92.3, Z80.0,

A04.7, B96.8, F98.0, E88.0, D50.0, I88.0, I89.0, E78.9, N30.0, N32.0,
K76.9, N41.0, N43.3, K21.0, R50.9, R17.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

- Αφορά στην απεικόνιση νεφρών, κοιλιακής αορτής και ουροδόχου κύστης.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 76700.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.2, Z41.2, Z48.8, B37.8, B48.8, D17.1, I69.3, D64.9, F52.4, G43.0, G47.0, H54.2, H53.8, E78.5, E79.0, E83.5, E01.0, E01.2, N89.8, N91.3, N91.4, N91.5, N92.1, O08.9, J22, J32.4, J32.8, J32.9, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.0, K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.5, N97.9, O44.0, O21.0, K29.7, K29.9, K30, M47.8, M79.1, M79.7, J06.9, J10.1, J11.1, K40.2, K42.9, M60.9, N85.4, K21.0, L29.9, M25.5, R42, R45.8, R87.6, R04.0, R06.6, R51, R55, R63.5, R68.1, R68.8, R94.3, R09.8, R19.3, R19.4, R19.8, O70.1, O72.2, O99.8, R30.9, O03.9.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z87.4.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

78700: Kidney imaging morphology.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, N23, N39.0.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

81002: Urinalysis, by dip stick or tablet reagent for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketones, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, urobilinogen, any number of these constituents; non-automated, without microscopy.

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z31.9, Z39.2, Z41.2, B35.3, B35.8, B60.1, B82.0, B97.1, B97.8, I10, E55.9, G44.1, H10.9, H11.9, D50.9, G47.0, G47.3, H91.3, E28.2, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, N63, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.9, K62.7, K62.8, K62.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M15.8, M35.2, N92.6, N95.1, N95.8, N95.9, K64.9, K66.8, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, M17.9, L98.3, J06.9, J10.1, J11.1, L20.0, L20.9, K42.9, K44.9, M51.0, M54.2, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, O33.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.0, K52.2, K52.8, R86.1, R42, R44.3, R45.8, S31.0, R87.8, R86.9, R00.2, R03.1, R05, R07.0, R07.1, R07.2, R09.0, R51, R55, R56.0, O90.5, R64, R68.1, R68.8, R94.5, R09.8, R10.3, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R21, R81, R86.0, R86.2, R86.8.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

82044: Albumin; urine (e.g., microalbumin), semiquantitative (e.g., reagent strip assay).

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

93005: Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; tracing only, without interpretation and report.

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

94690: Oxygen uptake, expired gas analysis; rest, indirect (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: O99.8.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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.
- 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.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N94.4, N94.5, N94.6.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

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

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

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

96366: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 και 96361 στην ίδια απαίτηση.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96365 για κάθε επιπλέον ώρα έγχυσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 6 φορές ανά απαίτηση.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

96367: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); additional sequential infusion of a new drug/substance, up to 1 hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

96372: Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection (specify substance or drug); subcutaneous or intramuscular.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης & κωδικούς υπέρηχων.
- Οι κλινικές σημειώσεις πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνουν:
 - Την ουσία ή το φάρμακο που έχει χορηγηθεί
 - Τεκμηρίωση ποσότητας ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση απαίτησης του κωδικού πάνω από 1 φορά ανά απαίτηση
 - Αναφορά στο δοσολογικό σχήμα ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση που η χορήγηση δεν αφορά εφάπαξ δόση
- Διαγνώσεις
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z01.4, Z91.0, Z39.1, A49.9, G24.3, G57.9, G62.9, H01.1, I10, I44.4, E55.9, E11.9, G44.0, D50.9, I95.1, J00, D51.1, D51.9, E78.2, E78.0, E03.9, N91.2, N92.1, J22, J20.9, J34.8, K91.0, L30.9, L40.9, L50.0, L50.1, N23, L03.1, K29.6, K29.0, K29.7, K30, M17.9, M19.0, M46.1, M76.7, N34.2, J01.9, J02.0, J02.9, J03.9, J06.9, J10.1, J11.1, J11.8, K76.0, M50.1, M54.2, M54.5, M54.6, M54.9, N39.0, J18.0, K21.0, K21.9, K81.0, L29.9, R42, R05, R06.0, R06.1, R06.2, R07.0, R50.9, R51, R58, S09.9, R63.0, R74.8, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.3, S80.8, R25.2, S66.9, T78.4.

Εξειδίκευση στην Εντατική Θεραπεία Νεογνών

99091: Collection and interpretation of physiologic data (e.g., ECG, blood pressure, glucose monitoring) digitally stored and/or transmitted by the patient and/or caregiver to the physician or other qualified health care professional, qualified by education, training, licensure/regulation (when applicable) requiring a minimum of 30 minutes of time

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99204, 99205, 99212, 99213.
 - Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
 - Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: O34.2.
-