

Περιεχόμενα

Ουρολογία

99201.....	3
99202.....	4
99203.....	5
99204.....	6
99205.....	7
99212.....	8
99213.....	9
99214.....	10
99215.....	11
99441.....	12
CY284:.....	13
CY166.....	14
CY167.....	15
CY168.....	16
CY169.....	17
CY170.....	18
CY171.....	20
CY172.....	22
CY173.....	24
51102.....	26
51700.....	27
51701.....	28
51702.....	29
51703.....	30
51720.....	31
51729.....	32
51736.....	33
51784.....	35
51798.....	36
52000.....	38
52224.....	41
53020.....	42

53025	43
53600	44
53660	45
54000	46
54001	47
54060	48
54065	49
54162	50
54164	51
54231	52
54235	53
54450	54
55000	55
55520:	56
55700	57
76700	58
76770	60
76870	61
76872	62
76942	63
96372	64
CY089	65
CY125	67
CY280	69
CY293	70
CY294	79
CY295	88

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

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 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

CY284: Postoperative visit within <30 days from discharge

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεδομένης της μη δυνατότητας υποβολής επίσκεψης μέχρι 30 ημέρες από το εξιτήριο του δικαιούχου μετά από χειρουργική επέμβαση και προκειμένου να πραγματοποιείται η αξιολόγηση του ασθενούς καθώς και η παραπομπή του σε φυσιοθεραπεία εκεί και όπου χρειάζεται μετά το εξιτήριό του από το νοσηλευτήριο, ο ιατρός δύναται να ανοίξει επίσκεψη σε <30 ημέρες από το εξιτήριο με τον κωδικό αυτό.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με τον κωδικό CY280 με την διάγνωση Z98.8.

Ουρολογία

CY166: Shaving of epidermal or dermal lesion diameter 1cm or less (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 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: L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, S08.0, S31.0.
 - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί μόνο με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B08.1, B07,D39.9, D40.9, D48.5, L28.1, L57.0, L92.8, L98.0, D10.0, D17.0, D17.1, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, K09.8, K13.3, K13.5, K64.4, L11.0, L11.1, L11.8, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.1, L92.2, L92.3, L92.9, L94.2, L94.8, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0,Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8,B78.1, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H10.9, H53.8, H53.9, K12.2, L08.9, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L92.0, L95.1, L98.2, L98.3, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3 και R20.8.

Ουρολογία

CY167: Shaving of epidermal or dermal lesion diameter 1cm or less (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY166.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: S08.0.
 - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί μόνο με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B08.1, B07,D39.9, D40.9, D48.5, L28.1, L57.0, L92.8, L98.0, D10.0, D17.0, D17.1, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, K09.8, K13.3, K13.5, K64.4, L11.0, L11.1, L11.8, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.1, L92.2, L92.3, L92.9, L94.2, L94.8, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0,Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8,B78.1, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H10.9, H53.8, H53.9, K12.2, L08.9, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L92.0, L95.1, L98.2, L98.3, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3 και R20.8.

Ουρολογία

CY168: Shaving of epidermal or dermal lesion diameter 1.1cm or more (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 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 την εξής διάγνωση: S31.0.
 - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί μόνο με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B08.1, B07,D39.9, D40.9, D48.5, L28.1, L57.0, L92.8, L98.0, D10.0, D17.0, D17.1, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, K09.8, K13.3, K13.5, K64.4, L11.0, L11.1, L11.8, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.1, L92.2, L92.3, L92.9, L94.2, L94.8, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0,Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8,B78.1, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H10.9, H53.8, H53.9, K12.2, L08.9, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L92.0, L95.1, L98.2, L98.3, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3 και R20.8.

Ουρολογία

CY169: Shaving of epidermal or dermal lesion diameter 1.1cm or more (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY168.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί μόνο με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B08.1, B07,D39.9, D40.9, D48.5, L28.1, L57.0, L92.8, L98.0, D10.0, D17.0, D17.1, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, K09.8, K13.3, K13.5, K64.4, L11.0, L11.1, L11.8, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.1, L92.2, L92.3, L92.9, L94.2, L94.8, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, B78.1, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H10.9, H53.8, H53.9, K12.2, L08.9, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L92.0, L95.1, L98.2, L98.3, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3 και R20.8.

Ουρολογία

CY170: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αφορά τη διαχείριση περιστατικών όπου χρειάζεται αφαίρεση βλαβών στην ουρογεννητική περιοχή.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

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

Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
 - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
 - b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία)

Σημείωση:

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

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

Ουρολογία

CY171: Excision, benign lesion including margins, excised diameter over 4.0cm (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY170.
- Αφορά τη διαχείριση περιστατικών όπου χρειάζεται αφαίρεση βλαβών στην ουρογεννητική περιοχή.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

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

Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
 - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
 - b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία)

Σημείωση:

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

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

Ουρολογία

CY172: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Αφορά τη διαχείριση περιστατικών όπου χρειάζεται αφαίρεση βλαβών στην ουρογεννητική περιοχή.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματοροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

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

Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
 - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
 - b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματοροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία)

Σημείωση:

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

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

Ουρολογία

CY173: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (each addition lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY172.
- Αφορά τη διαχείριση περιστατικών όπου χρειάζεται αφαίρεση βλαβών στην ουρογεννητική περιοχή.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.
- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY170, CY171, CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

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

Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
 - a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
 - b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει

Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία)

Σημείωση:

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

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

Ουρολογία

51102: Aspiration of bladder; with insertion of suprapubic catheter.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: N21.0.

Ουρολογία

51700: Bladder irrigation, simple, lavage and/or instillation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51702, 51703.

Ουρολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51700, 51702, 51703.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N92.0, N92.5, O34.2, N20.0, N20.2, N23, N92.6.

Ουρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51700, 51701, 51703.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I13.0, I10, N13.2, J98.9, K59.0, K62.8, N20.1, N20.2, N23, K30, M17.9, R10.0, R10.2, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9, R30.0, R30.9.

Ουρολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51700, 51701, 51702.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

51720: Bladder instillation of anticarcinogenic agent (including retention time).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

51729: Complex cystometrogram (i.e. calibrated electronic equipment); with voiding pressure studies (i.e. bladder voiding pressure) and urethral pressure profile studies (i.e. urethral closure pressure profile), any technique.

- 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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου.

Ουρολογία

51736: Simple uroflowmetry (UFR) (e.g. stop-watch flow rate, mechanical uroflowmeter).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η διενέργεια Απλής Ουροροομέτρησης δικαιολογείται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N28.1, K42.9, K45.8, N39.0, R10.3, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8, R30.0, R30.9.

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια ουροροομετρίας

(Για τον κωδικό 51736)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια ουροροομετρίας στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Στους άνδρες ως μέρος της συστηματικής διαγνωστικής προσέγγισης των συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό σύστημα στην πρώτη επίσκεψη, σε επανέλεγχο εκτίμησης αν ανταποκρίνεται στην χορηγηθείσα αγωγή και μετά από 4 εβδομάδες.
2. Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής αντιμετώπισης συμπτωμάτων κατώτερου ουροποιητικού και παρακολούθηση πορείας θεραπείας.
3. Ως μέρος της διαγνωστικής προσέγγισης της νευρολογικής αιτιολογίας δυσλειτουργίας του κατώτερου ουροποιητικού.
4. Ακράτεια ούρων στρες (SUI) / πρόπτωση έσω γεννητικών οργάνων (POP)
5. Για την αξιολόγηση της λειτουργίας της ουρήθρας.
6. Πριν από επεμβατική θεραπεία (TOT, TVT) σε ασθενείς με SUI θα πρέπει να εκτιμηθεί ο όγκος του Υπολοίπου ούρων (PVR).
7. Πριν από πολυκαναλική ουροδυναμική μελέτη. (Multichannel urodynamics)
8. Υπερδραστήρια ουροδόχος κύστη (OAB), επείγουσα ακράτεια ούρων (UUI), μικτή ακράτεια
9. Παρακολούθηση ασθενή μετά από ουροδυναμική μελέτη, ανάλογα με τα ευρήματα και την κρίση του διενεργούντος την εξέταση.
10. Νευρογενής ουροδόχος κύστη (Neurogenic bladder)
11. Αξιολόγηση σε συνδυασμό PVR, είτε ως μέρος μιας πλήρους ουροδυναμικής μελέτης είτε ξεχωριστά, κατά την αρχική ουρολογική αξιολόγηση ασθενών με σχετικές νευρολογικές καταστάσεις (π.χ., τραυματισμός του νωτιαίου μυελού) και ως μέρος της συνεχιζόμενης παρακολούθησης, όταν χρειάζεται.

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

Σημείωση:

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

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



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

Ουρολογία

51784: Electromyography studies (EMG) of anal or urethral sphincter, other than needle, any technique

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 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 33% των μηνιαίων επισκέψεων των Ουρολόγων.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Όταν η εξέταση αφορά αποκλειστικά τη μέτρηση των υπολειπόμενων ούρων της κύστης, δεν επιτρέπεται η παράλληλη υποβολή άλλου κωδικού δραστηριότητας για υπέρηχο που περιλαμβάνει και την απεικονιστική αξιολόγηση της ουροδόχου κύστης.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z94.0, I10, G93.3, N92.0, K58.0, K58.9, N23, N28.1, N97.9, K29.7, K29.9, N39.0, K52.8, K52.9, R16.0, R16.1, R16.2, R19.8.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: R30.0, R30.9.

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια Υπολειπόμενο μετά την ούρηση

(Για τον κωδικό 51798)

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Ουρολογία

52000: Cystourethroscopy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η διενέργεια Κυστεοουρηθροσκόπησης δικαιολογείται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου. (βλέπε επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς 52224.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 13% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K50.0, K50.8, K50.9, K50.1, K56.6, R86.1, R86.9, R86.0, R86.2, R86.8.

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια ουρηθροκυστεοσκόπησης

(Για τον κωδικό 52000)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της ουρηθροκυστεοσκόπησης στις πιο κάτω περιπτώσεις:

1. Στα πλαίσια διερεύνησης αιματουρίας
2. Για την αξιολόγηση ουρηθρικών στενωμάτων
3. Πριν από τη χειρουργική αντιμετώπιση ΚΥΠ, προκειμένου να καθορίσει το σχήμα και το μέγεθος του προστάτη.
4. Τακτική παρακολούθηση ασθενών με γνωστό καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.

Η επανάληψη καθορίζεται σε σχέση με τον ιστολογικό τύπο, τον βαθμό διαφοροποίησης και με την παρουσία μιας απροσδόκητης αιματουρίας.

5. Σε επιτακτικού τύπου ακράτεια ούρων, προκειμένου να αποκλείσουμε άλλες παθολογικές καταστάσεις, και ιδιαίτερα σε περίπτωση μακροσκοπικής αιματουρίας (TCC κύστης, διάμεση κυστίτιδα κ.τ.λ)
6. Σε περιπτώσεις υποτροπιάζουσών ή ιατρογενών καταστάσεων όπου ενδείκνυται χειρουργική αποκατάσταση.
7. Στη διερεύνηση κυστεοκολπικού συριγγίου και εξω-ουρηθρικής ακράτειας ούρων σε γυναίκες.
8. Για την αξιολόγηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού σε άνδρες με ακράτεια ούρων που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.
9. Για την αξιολόγηση της κυστεοουρηθρικής αναστόμωσης πριν από χειρουργείο ακράτειας (τεχνητός σφιγκτήρας).
10. Διαταραχές τοιχώματος ουροδόχου κύστης (αδενική κυστίτιδα, δοκίδωση, εκκολπωμάτωση).
11. Εκτίμηση ουρηθρικών stents
12. Εκτίμηση ουρηθρικών στομών και αφαίρεση ουρηθρικών stents σε κυστεοουρηθρική παλινδρόμηση για λήψη απόφασης για Deflux διόρθωση.
13. Λιθίαση, όγκοι, ξένα σώματα ουροδόχου κύστης
14. Στα πλαίσια διενέργειας επέμβασης ακράτειας ούρων TVT(ταινία ελεύθερης τάσης)
15. Πριν από την ενδοκυστική χορήγηση BOTOX σε νευρογενή κύστη ή ανθεκτική υπερδραστήρια κύστη η οποία δεν ανταποκρίθηκε στη θεραπεία.
16. Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοκυστικές εγχύσεις (υαλουρονικού οξέος) για υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις ή εγχύσεις για διάμεση κυστίτιδα (DMSO, Various cocktails).
17. Λήψη δειγμάτων (για κυτταρολογικές και ιστολογικές μελέτες)
18. Ανιούσα πυελογραφία για αξιολόγηση του άνω ουροποιητικού συστήματος

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1-18) ισχύει:

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.

Ουρολογία

52224: Cystourethroscopy, with fulguration (including cryosurgery or laser surgery) or treatment of MINOR (less than 0.5 cm) lesion(s) with or without biopsy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς 52000.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

53020: Meatotomy, cutting of meatus (separate procedure); except infant.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

53025: Meatotomy, cutting of meatus (separate procedure); Infant.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

53600: Dilation of urethral stricture by passage of sound or urethral dilator, male; initial.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

53660: Dilation of female urethra including suppository and/or instillation; initial

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

54000: Slitting of prepuce, dorsal or lateral (separate procedure); Newborn.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

54001: Slitting of prepuce, dorsal or lateral (separate procedure); except newborn.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

54060: Destruction of lesion(s), penis (e.g. condyloma, papilloma, molluscum contagiosum, herpetic vesicle), simple; surgical excision.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 54065.

Ουρολογία

54065: Destruction of lesion(s), penis (e.g. condyloma, papilloma, molluscum contagiosum, herpetic vesicle), extensive (e.g. laser surgery, electrosurgery, cryosurgery, chemosurgery).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 54060.

Ουρολογία

54162: Lysis or excision of penile post-circumcision adhesions.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

54164: Frenulotomy of penis.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ουρολογία

54231: Dynamic cavernosometry, including intracavernosal injection of vasoactive drugs (e.g. papaverine, phentolamine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

54235: Injection of corpora cavernosa with pharmacologic agent(s) (e.g. papaverine, phentolamine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

54450: Foreskin manipulation including lysis of preputial adhesions and stretching.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 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 την εξής διάγνωση: I10.

Ουρολογία

55000: Puncture aspiration of hydrocele, tunica vaginalis, with or without injection of medication.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Ουρολογία

55520: Excision of lesion of spermatic cord (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.

Ουρολογία

55700: Biopsy, prostate; needle or punch, single or multiple, any approach.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: N63.

Ουρολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 76770, 76811, 76816, 76805, 76813, 76815, 76830.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 25% των μηνιαίων επισκέψεων των Ουρολόγων.
- 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.

Ουρολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τον κωδικό 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.

Ουρολογία

76870: Ultrasound, scrotum and contents.

- Αφορά στην απεικόνιση όσχεου και περιεχομένων.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.4, B35.5, D22.5, D23.5, I10, G93.3, E78.2, E78.5, E78.4, N13.2, N13.8, K59.4, N20.0, N20.1, N20.2, N23, N97.9, K29.7, K29.9, J06.9, L98.9, N39.0, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, K52.2, K52.8, K52.9, N11.1, R42, R03.0, R10.0, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2, R30.0, R30.9, R39.1.

Ουρολογία

76872: Ultrasound, transrectal.

- Αφορά στην απεικόνιση του προστάτη, του ορθού και των παρακείμενων ιστών.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Θα αποζημιώνεται όταν η δραστηριότητα δεν υπερβαίνει σε συχνότητα το 10% των μηνιαίων επισκέψεων των Ουρολόγων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N20.0, N20.1, N20.2, N39.0, N39.4, R42, R10.2, R10.3, R81, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8.

Ουρολογία

76942: Ultrasonic guidance for needle placement (e.g. biopsy, aspiration, injection, localization device), imaging supervision and interpretation.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.2, E23.0, E28.2, N13.2, N20.0, N20.2, N97.8, R93.3, R03.0, R94.6, R10.1, R10.2, R10.3, R16.0, R16.2.

Ουρολογία

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.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- 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.

Ουρολογία

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 51102, 51703, 52000, 52224, 53600, 53660, 54000, 54001, 54164, 55700.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 και CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- 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

Ουρολογία

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.
- 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 51102, 51703, 52000, 52224, 53600, 53660, 54000, 54001, 54164, 55700.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY170 και CY171 μόνο στις περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ίση ή υπερβαίνει τα 10 εκατοστά ή βρίσκεται σε κοντινό/διπλανό σημείο από σημαντική δομή (π.χ. νεύρο). Απαραίτητη η αναφορά τουλάχιστον ενός εκ των δύο προϋποθέσεων στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης.
- 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

Ουρολογία

CY280: Physiotherapy services after surgery

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Κατά μέσο όρο, μέχρι 15 επισκέψεις ανά ημέρα ανά μήνα.
- Δύναται να υποβληθεί ΜΟΝΟ με την επίσκεψη CY284 και με την διάγνωση Z98.8.
- Απαραίτητη η αναλυτική περιγραφή στις κλινικές σημειώσεις για την κατάσταση υγείας του δικαιούχου και αναφορά στο είδος της χειρουργικής επέμβασης που προηγήθηκε ή την ακριβή εντόπιση του κατάγματος κ.λπ.

Ουρολογία

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 15 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:	
<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>	

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

<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 διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - o DEXA

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

Ουρολογία

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 15 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:	
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, -κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου		<input type="checkbox"/>	
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.			
(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειάς του.		ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/>
B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό: <48 ώρες <input type="checkbox"/>	Επείγον περιστατικό: <7ημέρες <input type="checkbox"/>	Κανονικό Περιστατικό: <input type="checkbox"/>
B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

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

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

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

- *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 κιστών 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.

Ουρολογία

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 15 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 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,	

<p>-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.</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>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήστε στην ερώτηση B.</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: <48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό: <7ημέρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Κανονικό Περιστατικό: <input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			

Γ. Απαιτείται αερομεταφορά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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>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 διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
 - Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
 - Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπυρομέτρηση, εξέταση MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
 - Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - ο αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - ο υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - ο *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - ο DEXA
 - Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
 - ο πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιστών οισοφάγου
 - ο πρόσφατη κολonosκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού
 - Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
 - Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
 - Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.
-