

Περιεχόμενα

Χειρουργική Αγγείων

| | |
|--------------|----|
| 99201 | 3 |
| 99202 | 4 |
| 99203 | 5 |
| 99204 | 6 |
| 99205 | 7 |
| 99212 | 8 |
| 99213 | 9 |
| 99214 | 10 |
| 99215 | 11 |
| 99441 | 12 |
| CY284: | 13 |
| 11042 | 14 |
| 11045 | 15 |
| 76700 | 16 |
| 76770 | 18 |
| 93793 | 19 |
| 93880 | 20 |
| 93886 | 23 |
| 93922 | 24 |
| 93925 | 25 |
| 93926 | 28 |
| 93930 | 31 |
| 93970 | 34 |
| 93979 | 37 |
| CY089 | 39 |
| CY125 | 41 |
| CY260 | 43 |
| CY261 | 47 |
| CY280 | 48 |
| CY293 | 49 |

| | |
|-------------|----|
| CY294 | 58 |
| CY295 | 67 |

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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.
- 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.

Χειρουργική Αγγείων

11042: Debridement, subcutaneous tissue (includes epidermis and dermis, if performed); first 20 sq cm or less.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z01.8, Z83.3, Z87.8, Z91.8, Z39.0, Z48.0, Z71.3, B35.2, A52.1, D22.4, D23.4, C78.7, D17.9, F44.4, F44.5, F44.6, F44.7, I70.2, I10, D64.9, E53.8, E10.9, I77.9, I80.3, I86.1, I25.1, I25.9, G04.1, I88.8, I88.9, I89.0, I89.1, H26.9, G99.0, I73.1, I73.9, E78.2, I05.8, I05.9, E78.5, E78.4, E83.2, E03.9, J30.0, J98.0, K62.8, K92.1, L02.1, L02.3, L30.9, L30.8, L85.3, M72.9, N17.9, N18.9, J45.9, L08.8, L08.9, L55.0, L55.9, K30, M79.1, M79.5, M79.7, M79.8, L92.3, L98.4, N04.3, N04.5, K76.9, L20.0, L20.9, L23.9, L60.1, L60.2, L60.3, L60.4, L60.5, L60.8, M54.5, M54.8, M54.9, M60.9, L24.9, L25.9, L29.9, L30.0, L30.1, L30.2, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, K52.2, K52.8, M34.8, M86.6, M86.8, Q76.5, R42, S30.0, S31.8, S50.0, R06.5, R06.7, R06.8, R60.0, R60.1, R60.9, S71.0, S71.1, S09.9, S09.8, R70.0, R73.9, R16.0, R16.2, R19.6, R22.0, R22.1, R22.2, S38.1, R79.8, R22.9, R30.0, R30.9, S56.0, S66.0, S66.1, S66.2, S66.3, S66.4, S23.4, S41.0, T14.8, T14.9, T81.4, T22.4, S86.0, S86.8, T87.4, Z96.2, N02.6, N04.4.

Χειρουργική Αγγείων

11045: Debridement, subcutaneous tissue (includes epidermis and dermis, if performed); each additional 20 sq cm, or part thereof (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Χειρουργική Αγγείων

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

- Αφορά στην απεικόνιση ήπαρ, χοληδόχου κύστης, χοληδόχου πόρου, παγκρέατος, σπλήνα, νεφρών, άνω κοιλιακής αορτής και κάτω κοίλης φλέβας.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δεν μπορεί να υποβληθεί σε συνδυασμό με τους κωδικούς: 76770, 76811, 76816, 76805, 76813, 76815, 76830.
- 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: 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.

Χειρουργική Αγγείων

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.
- 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.

Χειρουργική Αγγείων

93793: Anticoagulant management for a patient taking warfarin, must include review and interpretation of a new home, office, or lab international normalized ratio (INR) test result, patient instructions, dosage adjustment (as needed), and scheduling of additional test(s), when performed.

- 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.

Χειρουργική Αγγείων

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 20% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης εξωκρανιακών αρτηριών

(για τον κωδικό 93880)

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Χειρουργική Αγγείων

93886: Transcranial Doppler study of the intracranial arteries; complete study.

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

Χειρουργική Αγγείων

93922: Limited bilateral noninvasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries, (e.g. for lower extremity: ankle/brachial indices at distal posterior tibial and anterior tibial/dorsalis pedis arteries plus bidirectional, Doppler waveform recording and analysis at 1-2 levels, or ankle/brachial indices at distal posterior tibial and anterior tibial/dorsalis pedis arteries plus volume plethysmography at 1-2 levels, or ankle/brachial indices at distal posterior tibial and anterior tibial/dorsalis pedis arteries with, transcutaneous oxygen tension measurement at 1-2 levels).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E11.9, E13.9, G93.3, N18.9.

Χειρουργική Αγγείων

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβάλλεται κατά τη διάρκεια 2ης επίσκεψης/ follow-up σε Αγγειοχειρουργό (99212, 92213, 92214, 92215).
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 5 φορές ανά δικαιούχο σε επισκέψεις Αγγειοχειρουργών ανά έτος και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί επανάληψη σε διάστημα μικρότερο των 30 ημερών.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 20% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, E07.9, I25.9, D50.9, G93.3.

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

(για τους κωδικούς 93925 & 93926)

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

1. Παρουσία συμπτωμάτων/σημείων

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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

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

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

(για τους κωδικούς 93925 & 93926)

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

1. Παρουσία συμπτωμάτων/σημείων

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

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

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

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

Σημείωση:

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

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

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

Χειρουργική Αγγείων

93930: Duplex scan of upper extremity arteries or arterial bypass grafts; complete bilateral study.

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

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

(για τον κωδικό 93930)

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

1. Παρουσία συμπτωμάτων ή σημείων:

- a) Διαλείπουσα χωλότητα άνω άκρου
- b) Δυσχρωμία ή εξέγκωση δακτύλων, ψυχρό επώδυνο χέρι
- c) Κακώσεις άνω άκρου με υπόνοια αγγειακής βλάβης
- d) Εικόνα αρτηριακής απόφραξης λόγω θέσης (π.χ. σύνδρομο θωρακικής εξόδου)
- e) Προεγχειρητικά όταν προγραμματίζεται λήψη κερκιδικής αρτηρίας
- f) Φύσημα ή σφύζουσα μάζα ή ισχαιμία άκρας χειρός μετά από εισαγωγή αρτηριακής γραμμής

2. Μετεγχειρητική παρακολούθηση μετά από επεμβάσεις επαναγγείωσης :

- a) Επί επιδείνωσης συμπτωμάτων
- b) Επί σταθερών συμπτωμάτων, μετά από επεμβάσεις παράκαμψης, στους 1, 3 ή/και 6 μήνες μετεγχειρητικά και ακολούθως ανά έτος

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

Σημείωση:

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

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ

και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

αδίκημα.

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

Χειρουργική Αγγείων

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

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 5 φορές ανά δικαιούχο σε επισκέψεις Αγγειοχειρουργών ανά έτος και δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί επανάληψη σε διάστημα μικρότερο των 30 ημερών.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 60% επί του συνολικού μηνιαίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B37.3, G93.3, O34.2, K62.2, K62.3, N18.5, O15.2, O86.0, O86.4, R09.0, O90.8.

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

(για τον κωδικό 93970)

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

1. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των κάτω άκρων:

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

2. Αμφίδρομη μελέτη φλεβών των άνω άκρων:

- a) Συμπτώματα συμβατά με θρομβοφλεβίτιδα άνω άκρου
- b) Υποτροπή συμπτωμάτων επί γνωστής εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας άνω άκρου
- c) Προεγχειρητικά, όπου απαιτείται λήψη φλεβικών μοσχευμάτων από το άνω άκρο, επί απουσίας διαθέσιμων μοσχευμάτων στο κάτω άκρο
- d) Προεγχειρητικά επί σχεδιασμού αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula) που θα πραγματοποιηθεί εντός τριμήνου από την εξέταση

- e) Μετεγχειρητικά μετά από τοποθέτηση fistula, επί δυσχέρειας καθετηριασμού ή επί σημείων δυσλειτουργίας κατά την αιμοδιάλυση, ή επί κλινικών σημείων αποτυχίας ωρίμανσης (> 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά), θρόμβωσης ή συνδρόμου υποκλοπής

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

Σημείωση:

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

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

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

Χειρουργική Αγγείων

93979: Duplex scan of aorta, inferior vena cava, iliac vasculature, or bypass grafts; unilateral or limited study.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: M54.8, M54.9.

Ερωτηματολόγιο για διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αορτής, κάτω κοίλης φλέβας, λαγόνιας αγγείωσης ή μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης

(για τον κωδικό 93979)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της διενέργεια της αμφίδρομης σάρωσης αορτής, κάτω κοίλης φλέβας, λαγόνιας αγγείωσης ή μοσχευμάτων αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (ετερόπλευρη ή περιορισμένη μελέτη) στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Μετά από θετικό triplex φλεβών κάτω άκρων
2. Σε τοποθέτηση φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί πιθανής απόφραξης
3. Συμπτωματικός ασθενής με σφύζουσα μάζα κοιλιάς
4. Γνωστό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και λαγονίων αρτηριών υπό παρακολούθηση
5. Μετά από ενδοαγγειακή αποκατάσταση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής παρακολούθηση στους 1, 3 ή/και 6 μήνες και μετά ετησίως

***Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1-5) ισχύει/ουν**

Σημείωση:

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

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

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

Χειρουργική Αγγείων

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 αυτή δύναται να υποβληθεί μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 11042, 11045, CY260.
- 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

Χειρουργική Αγγείων

CY125: Facility fee > 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβληθεί μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 11042 και 11045.
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

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

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

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

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Διενεργηθείσα Διεργασία:.....

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:

Ημερομηνία και ώρα λήξης:

Όνομα Δικαιούχου:.....

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:.....

Για το νοσηλευτήριο

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Χειρουργική Αγγείων

CY260: Debridement, subcutaneous tissue (includes epidermis and dermis, if performed) for the application of negative pressure wound therapy

- 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.
- Υποβάλλεται κατά τον χειρουργικό καθαρισμό και τοποθέτηση της Σ.Α.Π.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα) και τη μεταφόρτωση φωτογραφιών πριν και μετά την τοποθέτηση, καλλιέργειας κ.λπ.
- Η διενέργεια της πράξης πραγματοποιείται σε σηπτικό χειρουργείο σε περιβάλλον νοσηλευτηρίου και ως εκ τούτου υποβάλλεται πάντοτε ταυτόχρονα με τον κωδικό CY089.

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ – NEGATIVE
PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT)
(κωδικός CY260)**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τα αναλώσιμα για τη χρήση της συσκευής θεραπείας αρνητικής πίεσης (Σ.Α.Π.) μόνο εφόσον πληρούνται και τα 3 πιο κάτω κριτήρια (Κριτήρια Α – Γ) καθώς και οι προϋποθέσεις τεκμηρίωσης που περιγράφονται πιο κάτω.

Επιλέξτε το κουτί σε περίπτωση που πληρούνται και τα 3 (Α και Β και Γ) κριτήρια

Κριτήριο Α: Να έχει προηγηθεί χειρουργικός καθαρισμός σε σηπτικό χειρουργείο σε περιβάλλον νοσηλευτηρίου.

Κριτήριο Β: Ο ασθενής παρουσιάζει ένα από τα ακόλουθα τραύματα:

- α. Διάσπαση χειρουργικού τραύματος
- β. Έλκος πίεσης σταδίου 3 και 4
- γ. Έλκος διαβητικού ποδιού με ή χωρίς μόλυνση (**Δηλώστε τι ισχύει**)

Κριτήριο Γ: Αδυναμία σύγκλεισης ή αποκατάστασης δερματικών ελλειμμάτων με χρήση κρημνών ή άλλων χειρουργικών τεχνικών.

Απαραίτητη η μεταφόρτωση ιατρικής έκθεσης, πρακτικού χειρουργείου και **φωτογραφιών, πριν και μετά την τοποθέτηση της συσκευής (φωτοτεκμηρίωση) στα οποία να είναι διαθέσιμα τα στοιχεία ταυτοποίησης του δικαιούχου.**

Προσοχή:

- 1) Σε περίπτωση αιμορραγίας η θεραπεία με συσκευή αρνητικής πίεσης (Σ.Α.Π.) πρέπει να διακόπτεται ΑΜΕΣΑ.
- 2) Ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία με Σ.Α.Π. και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αιμορραγικών επιπλοκών, συστήνεται όπως βρίσκονται σε περιβάλλον φροντίδας που κρίνεται κατάλληλο από το θεράποντα ιατρό.
- 3) Αντενδείξεις χρήσης Σ.Α.Π.:
 - A. Κακοήθεια στο τραύμα
 - B. Οστεομυελίτιδα που δεν έχει αντιμετωπιστεί
 - C. Μη εντερικά και μη διερευνηθέντα συρίγγια
 - D. Νεκρωτικός ιστός με παρουσία σχάρας

Στοιχεία νοσηλείας

Νοσηλευτήριο:

Ονομασία και κωδικός διάγνωσης:

Χαρακτηριστικά τραύματος κατά τη στιγμή της υποβολής του αιτήματος:

A. Ανατομική θέση τραύματος:

B. Διαστάσεις:

B1. Μήκος (cm):

B2. Πλάτος (cm):

B3. Βάθος (cm):

Γ. Εξίδρωμα (Χαμηλού εξιδρώματος, Μεσαίου εξιδρώματος, Μεγάλου εξιδρώματος) Δηλώστε τι ισχύει

Δ. Παρουσία μόλυνσης (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ):

Σε περίπτωση που η απάντηση είναι θετική, παρακαλώ να απαντηθούν τα πιο κάτω:

Δ1. Χορήγηση αντιβιοτικού (να δηλωθεί/ούν το/α αντιβιοτικό/α)

Δ2. Λήψη βιοψίας / καλλιέργειας (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ):

Ε. Παρουσία νεκρωτικού ιστού (Δηλώστε ΝΑΙ/ ΟΧΙ):

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ/ ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΕΙ:

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΣΥΣΚΕΥΗΣ/ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ (1ΗΣ) ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ:

ΜΕΓΕΘΟΣ ΣΠΟΓΓΟΥ ΠΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΗΚΕ:

Να καθοριστούν οι επιδιώξεις και στόχοι της θεραπείας με Σ.Α.Π. (να επιλεγούν όσα ισχύουν):

- i. Ενίσχυση του σχηματισμού κοκκιώδους ιστού
- ii. Ενίσχυση της αιμάτωσης
- iii. Απομάκρυνση υγρών, εξιδρώματος και μολυσματικών υλικών
- iv. Υποβοήθηση πρόσληψης κρημονού ή δερματικού μοσχεύματος
- v. Εφαρμογή ελεγχόμενης τοπικής αρνητικής πίεσης για να συγκλεισθούν τα χείλη του τραύματος
- vi. Παροχή ενός κλειστού υγρού περιβάλλοντος για την επούλωση του τραύματος

Ο Οργανισμός στα πλαίσια των εξουσιών που του παρέχει ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος, δύναται να προβαίνει σε ελέγχους με οποιοδήποτε τρόπο κρίνει αναγκαίο και αποτελεσματικό. Στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι δεν τηρούνται τα πιο πάνω, θα εφαρμόζονται οι πρόνοιες της περί Γενικού Συστήματος Υγείας νομοθεσίας, περιλαμβανομένων διοικητικών προστίμων ή/και άλλων μέτρων.

Σημείωση : Εάν δεν πληρούνται τα πιο πάνω κριτήρια, προχωρήστε στο επόμενο βήμα με το ερωτηματολόγιο Μη Συμπληρωμένο. Η δραστηριότητα δεν θα μπορεί να υποβληθεί και τα αναλώσιμα δεν καλύπτονται.

ΜΕΡΟΣ 2

Διαβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν στο ΜΕΡΟΣ 1 είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες. ■

Χειρουργική Αγγείων

CY261: Negative pressure wound therapy (eg, vacuum assisted drainage collection), including topical application(s), wound assessment, and instruction(s) for ongoing care, per session

- 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.
- Υποβάλλεται κατά την αλλαγή επιθεμάτων μετά την 1^η τοποθέτηση.

Χειρουργική Αγγείων

CY280: Physiotherapy services after surgery

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

Χειρουργική Αγγείων

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services – Normal Case

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

| ΜΕΡΟΣ 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> | |

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

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

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

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

MEDICAL REPORT

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

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

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

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

Reasons for requesting medical services aboard:

ΜΕΡΟΣ IV

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ

| | |
|----------------------------------|--|
| ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ | |
| ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ | |

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

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

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

Χειρουργική Αγγείων

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services – Urgent Case

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

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAL REPORT

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

| | |
|--|---|
| NAME: | |
| ID NUMBER: | |
| Gender: | Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> |
| DOB: | |
| Diagnosis: | |
| Medical 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, 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.

Χειρουργική Αγγείων

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.
- 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, -το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, | |

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

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

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

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

MEDICAL REPORT

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

| | |
|--|---|
| NAME: | |
| ID NUMBER: | |
| Gender: | Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> |
| DOB: | |
| Diagnosis: | |
| Medical 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 σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
 - 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.
-