



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**



**Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας**
www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης
Υπηρεσιών Υγείας

Δ/ση: Σχεδιασμού

Τμήμα: Συντονισμού Δικτύου Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας

Πληροφορίες: Ν. Κικίλιας

Τηλ.: 210-6871784 **Fax:** 210-6871795

Ταχ. Δ/ση: Λ. Κηφισίας 39, 1523 Μαρούσι

E-mail: d7.t1@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 26-2-2014

Αρ. πρωτ. : οικ. 8436

Προς:

1. Όλες τις Περιφερειακές Δ/σεις ΕΟΠΥΥ
2. Όλους τους ιδιωτικούς συμβεβλημένους πάροχους υγείας
3. Π.Ι.Σ.
Πλουτάρχου 3 , Αθήνα 10675
4. Ελληνική Ένωση Ιδιωτικών Κλινικών & Μονάδων Υγείας
Βασ.Σοφίας 102, 115 28, Αθήνα
5. Παν/νια Ένωση Ιδ. Κλινικών
Ιουστινιανού 28, 54631, Θεσ/νη
6. Όλες τις συμβεβλημένες
MTN και ΜΧΑ
7. Πανελλήνιος Σύλλογος Νεφροπαθών
Βασ. Σοφίας 90 TK 115 28 Αθήνα

ΘΕΜΑ : «Ιατρικές γνωματεύσεις νεφροπαθών»

Σας διευκρινίζουμε ότι η **ένταξη των νεφροπαθών** ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ σε πρόγραμμα τακτικής αιμοκάθαρσης σε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ή Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης γίνεται με την έκδοση ιατρική γνωμάτευσης, υπόδειγμα της οποίας επισυνάπτεται.

Οι ανωτέρω ιατρικές γνωματεύσεις εκδίδονται από πιστοποιημένους στην ΗΔΙΚΑ νεφρολόγους κρατικών νοσοκομείων ή επιστημονικών υπευθύνων MTN και ΜΧΑ ή ιδιώτες νεφρολόγους. Ως εκ τούτου δεν απαιτούνται ανανεώσεις ιατρικών γνωματεύσεων των Ανώτατων Υγειονομικών Επιτροπών (ΑΥΕ), καθώς οι εκδοθείσες και ισχύουσες αποφάσεις ΑΥΕ θα πρέπει να επικαιροποιηθούν και να αντικατασταθούν από τη συνημμένη ιατρική γνωμάτευση με ευθύνη των ανωτέρω νεφρολόγων, λαμβάνοντας υπόψη την ισχύουσα παθολογική κατάσταση του ασθενή και προκειμένου να πιστοποιηθεί η ιατρική αναγκαιότητα.

Όλες οι μονάδες νεφρού (MTN – ΜΧΑ) υποχρεούνται να υποβάλλουν στις αρμόδιες ΠΕ.ΔΙ. τις συγκεντρωτικές καταστάσεις με συνημμένη την παρούσα ιατρική γνωμάτευση για κάθε αιμοκαθαιρούμενο ασθενή.

Επισημαίνουμε ότι η ιατρική γνωμάτευση είναι σύμφωνη με τα άρθρα του Ν.3418/2005.

Ο Αν. Γενικός Διευθυντής Σχεδιασμού
και Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας ΕΟΠΥΥ

Ιωάννης Βαφειάδης

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
2. Α' Αντιπρόεδρο ΕΟΠΥΥ
3. Β' Αντιπρόεδρο ΕΟΠΥΥ
4. Γρ. Γεν. Δ/ντη Σχεδιασμού

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΟΠΥΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. – Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Βάρος :		Επιφάνεια Σώματος (m ²):	
Ασφαλ. Φορέας:		Αρ. Μητρ. Ασφαλ:		ΑΜΚΑ:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η υπογεγραμμένος ιατρός Νεφρολόγος

με ΑΜ ΤΣΑΥ εξέτασα τον/την ανωτέρω ασθενής στην κάτωθι υγειονομική δομή

Κρατικό νοσοκομείο

Ιδιωτική Κλινική

Ιδιωτικό Ιατρείο

ΓΝΩΜΑΤΕΥΩ ΟΤΙ:

Ο ανωτέρω ασθενής πάσχει από ICD-10

Οι εξετάσεις έδειξαν

ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΑΠΟ:

ΕΙΔΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ		ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΩΝ
A. Κλασσική Αιμοκάθαρση	<input type="checkbox"/>	
B. Παραλλαγές της Κλασσικής αιμοκάθαρσης		
B ₁ . Αιμοδιήθηση (HEMOFILTRATION)	<input type="checkbox"/>	
B ₂ . Αιμοδιαδιήθηση (HEMODIAFILTRATION)	<input type="checkbox"/>	
B ₃ . Αιμοδιαδιήθηση (HEMODIAFILTRATION) με on line παραγωγή υγρού υποκατάστασης.	<input type="checkbox"/>	
B ₄ . Βιοδιήθηση, ελεύθερη οξείκων (Acetate free biofiltration)	<input type="checkbox"/>	

Επώνυμο ασθ.:	Όνομα ασθ.:	ΑΜΚΑ:
---------------	-------------	-------

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΠΑΡΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (παραπάνω περίπτωση Β)

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΕΝΔΕΙΞΗ (*)	ΣΧΟΛΙΑ
• Ασταθείς ασθενείς με υψηλό καρδιακό κίνδυνο	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής με χρόνια υπόταση (χαμηλή αρτηριακή πίεση η οποία προκαλεί δυσκολία στην εφαρμογή της κλασσικής Αιμοκάθαρσης)	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής με εξεσιμασμένη νευροπάθεια με σύνδρομο ανήσυχων άκρων και διαταραχές της αγωγιμότητας στα κάτω άκρα	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής με επιμένουσα υπερφωσφαταιμία, παρά τη σωστή δίαιτα τη χρήση μέγιστων δόσεων δεσμευτικών του φωσφόρου και παράταση τού χρόνου συνεδρίας κλασσικής Αιμοκάθαρσης	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής μεγάλωσμος που απαιτεί υψηλή δόση κάθαρσης η οποία δεν επιτυγχάνεται με τη χρήση κλασσικής Αιμοκάθαρσης	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής με υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους μεταξύ των δύο συνεδριών	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής πού εκτιμάται ότι θα βρίσκεται για μικρό χρονικό διάστημα σε θεραπεία υποκατάστασης	<input type="checkbox"/>	
• Υπερκαταβολικός και κακώς σιτιζόμενος ασθενής	<input type="checkbox"/>	
• Ασθενής με αμυλοείδωση της αιμοκάθαρσης εφόσον δεν παρουσιάζει βελτίωση με την χρήση κλασσικής αιμοκάθαρσης με HF μεμβράνη	<input type="checkbox"/>	
• Επισκέπτης ασθενής στον οποίο η μέθοδος αποτελεί συνέχεια της αγωγής του από την μονάδα που προήλθε, σύμφωνα με τις οδηγίες και τις γνωματεύσεις που έχουν εκδοθεί από τους θεράποντες ιατρούς του	<input type="checkbox"/>	

* Επιλέγοντας ή μη το σχετικό τετράγωνο δηλώνουμε θετική ή αρνητική απάντηση αντίστοιχα.

Η παρούσα Ιατρική Γνωμάτευση συμπληρώθηκε με ευθύνη του υπογράφοντος γιατρού και προσκομίζεται στη Μονάδα πού θα ενταχθεί ο ασφαλισμένος από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο.

Ο Ιατρός - Σφραγίδα