



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

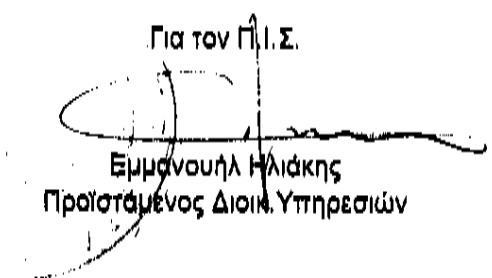
Αθήνα 12/3/2014  
ΑΠ: 665Προς τους  
Ιατρικούς Συλλόγους της Χώρας

Κυρία/ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τα εξής έγγραφα:

1. Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αριθμ.πρωτ. οικ.8436/26.2.2014 (ΑΠ ΠΙΣ: 626/7.3.2014), με θέμα: «Ιατρικές Γνωματεύσεις νεφροπαθών»
2. Υπουργείου Εξωτερικών, Πρεσβεία Παρισίων αριθμ.πρωτ. Φ.1900/ΑΣ160/6.3.2014 (ΑΠ ΠΙΣ: 617/6.3.2014), με θέμα: Ζήτηση Ελλήνων Ιατρών Γενικής Ιατρικής από την Πόλη OLIVET, Γαλλία, με την παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

Για τον Π.Ι.Σ.

  
Εμμανουήλ Ηλιάκης  
Πρώτος Διοικ. Υπηρεσιών**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)**

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΨΗΦΑΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663  
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS  
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr  
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr  
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr

ΑΔΑ: ΒΙΕΕΟΞ7Μ-ΜΜΜ



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: [d7.11@eopyy.gov.gr](mailto:d7.11@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 ΤΚ 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 ΜΤΝ 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.

ΑΔΑ: ΒΙΕΕΟΞ7Μ-ΜΜΜ

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

Ακριβές Αντίγραφο  
Τμήμα Γραμματείας

Ιωάννης Βαφειάδης

**Εσωτερική Διανομή:**

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

ΑΔΑ: ΒΙΕΕΟΞ7Μ-ΜΜΜ

Ημ/νία: ...../...../.....

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑ ΕΟΠΥ

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Διεύθυνση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Τηλέφωνο:	
Ηλικία:		Βάρος:		Επιφάνεια Σώματος (m <sup>2</sup> ):	
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. Κλασική Αιμοκάθαρση	<input type="checkbox"/>
B. Παραλλαγές της Κλασικής αιμοκάθαρσης	<input type="checkbox"/>
B <sub>1</sub> . Αιμοδιήθηση (HEMOFILTRATION)	<input type="checkbox"/>
B <sub>2</sub> . Αιμοδιαδιήθηση (HEMODIAFILTRATION)	<input type="checkbox"/>
B <sub>3</sub> . Αιμοδιαδιήθηση (HEMODIAFILTRATION) με on line παραγωγή υγρού υποκατάστασης.	<input type="checkbox"/>
B <sub>4</sub> . Βιοδιήθηση, ελεύθερη οξεικών (Acetate free biofiltration)	<input type="checkbox"/>

