

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ.

1. Υποχρεωτική η **αυτοπροσώπως** παρουσία του ενδιαφερόμενου.

2. Όλες οι εξετάσεις πρέπει να είναι **πρωτότυπες**, σφραγισμένες και υπογεγραμμένες από όπου πρέπει, και με βάση τα χρονικά περιθώρια που δίδονται στο έγγραφο.

3. Η **πλήρης και ορθή** συμπλήρωση του Ειδικού έντυπου παραπομπής προς την επιτροπή χορήγησης γοναδοτροπινών σε άνδρες καθώς και η **πληρότητα** του φακέλου του ασφαλισμένου (εξετάσεις και λοιπά δικαιολογητικά) είναι **αποκλειστική ευθύνη του ιατρού ουρολόγου- ανδρολόγου ή ενδοκρινολόγου που τον παραπέμπει.**

4. Φωτοτυπία ταυτότητας.

5. Βιβλιάριο υγείας θεωρημένο, αν δεν θεωρείται πρέπει να προσκομίσει βεβαίωση ασφαλιστικής ικανότητας από το ταμείο.

6. Χειρόγραφο παραπεμπτικό από τον ουρολόγο ή τον ενδοκρινολόγο.

7. Σπερμοδιάγραμμα από ιδιωτικό εργαστήριο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ ή κατά προτίμηση από δημόσιο Νοσοκομείο, **τρέχοντος έτους και κοντά στην ημερομηνία της Επιτροπής.**

8. Ορμονικός έλεγχος του ασφαλισμένου (FSH, LH, PRL, FREE-τεστοστερόνη, TOTAL - TESTO) **τελευταίου τριμήνου** από βιοπαθολόγο.

9. Καλλιέργεια σπέρματος τελευταίου τριμήνου.

10. Triplex όρχεων τρέχοντος έτους.

11. Βεβαίωση από Ενδοκρινολόγο για τον αριθμό των μονάδων καθώς και την χρονική διάρκεια της θεραπείας με μέγιστη ανά επιτροπή τους 6 μήνες. Π.χ. 150 iv τρεις φορές την

εβδομάδα για 4 μήνες.