



ΚΕΝΤΡΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΒΑΛΑΣ

Αμυδαλεώνας Καβάλας, Τ.Κ. 64012, Τ.Θ. 10
Τηλέφωνο επικοινωνίας 2510 225511, Fax. 2510 392097
www.lydia-apokatastasi.gr
e-mail: info@lydia-kavala.gr

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΚΛΕΙΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία του Υπουργείου Υγείας για τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης (Κ.Α.Α) και βάσει του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, για την εισαγωγή του ασφαλισμένου ασθενή σε Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας (Κ.Α.Α.) απαιτείται να έχει προηγηθεί νοσηλεία σε Κρατικό Νοσοκομείο ή Πανεπιστημιακή Κλινική ή Ιδιωτικό Θεραπευτήριο για πάθηση για την οποία απαιτείται αποκατάσταση (Παράρτημα Ι).

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά που πρέπει να προσκομίσει ο ασφαλισμένος στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ασθενής κατά την ημέρα εισαγωγής, είναι τα κάτωθι:

1. Ιατρική Γνωμάτευση, πρωτότυπη, υπογεγραμμένη από τον Θεράποντα Ιατρό και θεωρημένη από τον Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Διευθυντή Ιδιωτικής Κλινικής στο οποίο νοσηλεύθηκε ο ασφαλισμένος ασθενής. Σε περίπτωση απουσίας ή μη ύπαρξης Διευθυντή, υπογράφει Ιατρός που έχει ορισθεί, με σχετική απόφαση του Ιδρύματος, να τον αναπληρώνει.

Στη γνωμάτευση χρειάζεται να αναφέρονται τα εξής (Παράρτημα ΙΙ – Υπόδειγμα Γνωμάτευσης):

- ✓ το ΑΜΚΑ του ασθενούς
- ✓ ότι το περιστατικό χρήζει κλειστής νοσηλείας σε ΚΑΑ
- ✓ το είδος της πάθησης ή της βλάβης (διάγνωση)

- ✓ οι συνέπειες της πάθησης ή της βλάβης
- ✓ η ημερομηνία χειρουργείου (σε περίπτωση που έχει πραγματοποιηθεί στα πλαίσια αντιμετώπισης της πάθησης)
- ✓ ότι η πάθηση δεν έχει γίνει χρόνια
- ✓ το θεραπευτικό πρόγραμμα που συστήνεται
- ✓ το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- ✓ η χρονική διάρκεια της αποκατάστασης του (Παράρτημα ΙΙΙ – V - Λίστα με τους ενδεικτικούς χρόνους νοσηλείας σε ΚΑΑ, ανά πάθηση/βλάβη)

2. Εξιτήριο, Κρατικού ή Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής, στο οποίο νοσηλεύτηκε ο ασφαλισμένος, το οποίο πρέπει να αναγράφει το ΑΜΚΑ του ασθενούς και να φέρει σφραγίδα του Νοσοκομείου ή της Κλινικής

3. Βιβλιάριο Υγείας, το οποίο πρέπει να είναι σε ισχύ-θεωρημένο.

4. Αστυνομική Ταυτότητα ασθενούς

5. Πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις – ηλεκτροκαρδιογράφημα – μετεγχειρητική ακτινογραφία (εφόσον έχει γίνει)

Παράρτημα Ι

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτει τις εξής παρακάτω παθήσεις για Κλειστή Νοσηλεία σε Κ.Α.Α.:

- | | |
|--|--|
| 1) Μη τραυματική εγκεφαλική βλάβη (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μετά από επέμβαση στον εγκέφαλο, εγκεφαλίτιδα κ.τ.λ.) | 13) Μη τραυματική εγκεφαλική βλάβη (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μετά από επέμβαση στον εγκέφαλο, εγκεφαλίτιδα κ.τ.λ.) |
| 2) Βλάβες – Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού | 14) Βλάβες – Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού |
| 3) Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις | 15) Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις |
| 4) Ακρωτηριασμοί Άκρων | 16) Ακρωτηριασμοί Άκρων |
| 5) Ορθοπεδικές μείζουσες επεμβάσεις (Ολικές αρθροπλαστικές, μεγάλες επεμβάσεις Σ.Σ., κατάγματα ισχίου κ.λπ.) | 17) Ορθοπεδικές μείζουσες επεμβάσεις (Ολικές αρθροπλαστικές, μεγάλες επεμβάσεις Σ.Σ., κατάγματα ισχίου κ.λπ.) |
| 6) Πολυκαταγματίες – Πολυτραυματίες | 18) Πολυκαταγματίες – Πολυτραυματίες |
| 7) Σκλήρυνση κατά πλάκας | 19) Σκλήρυνση κατά πλάκας |
| 8) Παθήσεις Εξωπυραμιδικού Συστήματος | 20) Παθήσεις Εξωπυραμιδικού Συστήματος |
| 9) Μυοπάθειες – Μυασθενικά Σύνδρομα | 21) Μυοπάθειες – Μυασθενικά Σύνδρομα |
| 10) Νόσοι του Περιφερικού Κινητικού Νευρώνα | 22) Νόσοι του Περιφερικού Κινητικού Νευρώνα |
| 11) Πολυριζονευρίτιδα (GUILLAIN-BARRE) | 23) Πολυριζονευρίτιδα (GUILLAIN-BARRE) |
| 12) Ρευματοειδής Αρθρίτιδα & Οροαρνητικές Σπονδυλοαρθρίτιδες(αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα, ψωριασική, Reiter κ.τ.λ.) | 24) Ρευματοειδής Αρθρίτιδα & Οροαρνητικές Σπονδυλοαρθρίτιδες(αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα, ψωριασική, Reiter κ.τ.λ.) |

Παράρτημα II

Ημερομηνία.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμέν.... Ιατρός,,γνωματεύω ότι ο/η
..... ασφαλισμέν.....στον ΕΟΠΥΥ νοσηλεύθηκε στ....
..... από/...../2017 έως/...../2017

Ο/Η ασθενής πάσχει από
με συνέπειες/επακόλουθα. :
Υποβλήθηκε στις/...../2017 σε.....
Η μετεγχειρητική πορεία ήταν
Η πάθηση δεν έχει γίνει χρόνια.

Ο/Η ασθενής λόγω της κατάστασής τ..... κρίνεται ότι χρήζει κλειστής νοσηλείας σε ειδικό κέντρο
αποθεραπείας – αποκατάστασης για μήνα/ημέρες για αποκαταστασιακή θεραπεία που
θα πρέπει να περιλαμβάνει Φυσικοθεραπεία (Κινησιοθεραπεία, ενδυνάμωση μυών, εκπαίδευση
βάδισης

- Υδροθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Λογοθεραπεία
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Πρόγραμμα διατροφής
- Biofeedback
-

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
είναι:.....

Ο Θεράπων Ιατρός
Κλινικής ή Ιδιωτικής Κλινική

Ο Διευθυντής Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής

Σφραγίδα Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Ιδιωτικής Κλινικής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ, ΑΝΑ ΠΑΘΗΣΗ**

(Οι προτεινόμενοι χρόνοι είναι συνολικοί)

ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ.

(Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, μετά από επεμβάσεις στον εγκέφαλο, εγκεφαλίτιδες κ.λπ.)

	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (*)
Χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες	45 ημέρες
Επιβαρυντικοί παράγοντες	
Διαταραχές ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών (γνωσιακά ελλείμματα MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) <24)	+ 45 ημέρες
Διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας	+ 30 ημέρες
Πολλαπλές λοιμώξεις (Αναπνευστικού ή/και ουροποιητικού >2)	+ 15 ημέρες
Εμμένον οργανικό ψυχοσύνδρομο	+ 15 ημέρες

*Μέγιστος χρόνος νοσηλείας: 5 μήνες

ΒΛΑΒΕΣ – ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΒΛΑΒΗΣ	ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΒΛΑΒΗΣ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
Τετραπληγία (Α4-Α7)	Πλήρης	6 μήνες
	Ατελής (ASIA C & D)	8 μήνες
Παραπληγία (Θ1-Θ8) (υψηλή παραπληγία)	Πλήρης	4 μήνες
	Ατελής (ASIA C & D)	6 μήνες
Παραπληγία (κάτωθεν Θ8) (χαμηλή παραπληγία)	Πλήρης	3 μήνες
	Ατελής (ASIA C & D)	5 μήνες

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΚΩΣΗΣ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
<i>Ήπιες</i> (GCS: 13-15 μετά την ανάνηψη, απώλεια συνείδησης <20 λεπτά, χωρίς διαταραχές στην νευρολογική εξέταση που να αποδίδονται στην ΚΕΚ και φυσιολογικό CT-scan)	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
<i>Μέτριες</i> (GCS: 9-12 μετά την ανάνηψη και 13-15 με ευρήματα στην CT-scan)	2 μήνες
<i>Σοβαρές</i> (GCS: 3-8 μετά την ανάνηψη)	6 μήνες
Επιβαρυντικοί παράγοντες	
Διαταραχές ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών (γνωσιακά ελλείμματα – MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) <20	+ 3 μήνες

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΑΚΡΩΝ

ΑΚΡΟ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
Άνω άκρου			21 ημέρες
Κάτω άκρου	Αγγειακή αιτιολογία	Άνωθεν γόνατος	2 μήνες
		Κάτωθεν γόνατος	1 μήνας
	Μετατραυματικός	Άνωθεν γόνατος	45 ημέρες
		Κάτωθεν γόνατος	30 ημέρες
Επιβαρυντικοί παράγοντες	Καρδιακή ανεπάρκεια (κλάσμα εξώθησης 30-40)		+ 30 ημέρες

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΚΑΚΩΣΕΙΣ, ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΠΑΘΗΣΗ	ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ (Ολικές αρθροπλαστικές, μεγάλες επεμβάσεις Σ.Σ., κατάγματα ισχίου κ.λπ.)	40 ημέρες
ΠΟΛΥΚΑΤΑΓΜΑΤΙΕΣ – ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΕΣ	2 μήνες
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ (*)	45 ημέρες
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	30 ημέρες
ΜΥΟΠΑΘΕΙΕΣ – ΜΥΑΣΘΕΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ	21 ημέρες
ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΩΝΑ	21 ημέρες
ΠΟΛΥΡΙΖΟΝΕΥΡΙΤΙΔΑ (GUILLAIN-BARRE) (**)	45 ημέρες
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ & ΟΡΟΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ (ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ, REITER Κ.ΛΠ.).	25 ημέρες

(*) Στις ιώσεις ο χρόνος ανανεούται.

(**) Σε εξαιρετικές περιπτώσεις πολύ σοβαρών κλινικών καταστάσεων μπορεί να δοθεί παράταση νοσηλείας μέχρι το ανώτατο 8 μήνες, μετά από έγκριση του φορέα.