ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης Υπηρεσιών Υγείας
Δ/νση: Φαρμάκου
Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής
Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου
Τηλ.:210-6871718 **Fax:** 210-6871792
Ταχ. Δ/νση: Κηφισίας 39, 151 23 Μαρούσι
E-mail: d6@eopyy.gov.gr

Αθήνα, 12 Απριλίου 2013

Αρ. Πρωτ.: **οικ. 13820**

ΠΡΟΣ
1.Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ
2. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ

Θέμα: «Διαδικασίες έγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης και πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας- Χορήγηση γοναδοτροπινών σε άνδρες»

Σχετικά:

1. Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 3054/Β/18-11-2012).
2. Νόμος 3305/2005 (ΦΕΚ 17 Α'/27-1-05).
3. Αστικός κώδικας, κεφάλαιο όγδοο, Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, άρθρα 1455-1460.
4. Ν. 3089/2002 (ΦΕΚ 327/Α/23-12-2002).

Σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (σχετικό 1), άρθρο13: «Για την αναγκαιότητα πραγματοποίησης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της πρόκλησης ωοθηλακιορρηξίας και της χορήγησης γοναδοτροπινών σε άντρες, απαιτείται η προηγούμενη έγκριση από αρμόδιες Περιφερειακές Υγειονομικές Επιτροπές και τελική έγκριση – επικύρωση από το Α.Υ.Σ.».

1. Όσον αφορά στις προϋποθέσεις για την πραγματοποίησης εξωσωματικής γονιμοποίησης και πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας σας ενημερώνουμε ότι ισχύουν τα κάτωθι:

1Α. Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Ι.Υ.Α.)-Εξωσωματική γονιμοποίηση

Στη συγκεκριμένη μέθοδο μπορούν να προσφύγουν προκειμένου να αποκτήσουν παιδί, έγγαμες και άγαμες ενήλικες γυναίκες, ηλικίας έως 50 ετών. Οι εν λόγω ασφαλισμένες θα πρέπει να επισκεφθούν γυναικολόγο ιατρό των κατά τόπους Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ, συμβεβλημένους και πιστοποιημένους ιατρούς ΕΟΠΥΥ και ιατρούς Κρατικών Νοσοκομείων προκειμένου να γίνει ο έλεγχος των προϋποθέσεων και η κατάρτιση του φακέλου των δικαιολογητικών που θα παραπεμφθούν στην Έκτακτη Ειδική Επιτροπή Εξωσωματικής. Σας ενημερώνουμε ότι οι ασφαλισμένες του Οργανισμού μπορούν να εξυπηρετούνται από τρεις Έκτακτες Ειδικές Επιτροπές Εξωσωματικής οι οποίες είναι:

- Επιτροπή εξωσωματικής ΑΘΗΝΑΣ (Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Αθηνών, Πλ. Θεάτρου 18- Αθήνα τηλ.:210-3222923) η οποία καλύπτει όλες τις ασφαλισμένες εκτός εκείνων της Β. Ελλάδας, Πελοποννήσου, Κεφαλληνίας, Ιθάκης, Ζακύνθου, Παξών και Αντίπαξων
- Επιτροπή εξωσωματικής ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ [Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης (Αριστοτέλους 19)] η οποία καλύπτει όλες τις ασφαλισμένες της Βόρειας Ελλάδος

- Επιτροπή εξωσωματικής ΠΑΤΡΑΣ (Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Πάτρας, Γιαννιτσών 3, τηλ. 2610-466563-4) η οποία καλύπτει τις ασφαλισμένες που διαμένουν στην Πελοπόννησο, Κεφαλληνία, Ιθάκη, Ζάκυνθο, Παξούς και Αντίπαξους.

Σημειώνεται ότι οι ανωτέρω Επιτροπές, εάν χρειασθεί, θα εξετάζουν και αιτήματα ασφαλισμένων που προσέρχονται και από περιοχές που δεν είναι στην δικαιοδοσία τους.

Δικαιολογητικά

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την Επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης πρέπει να είναι πρωτότυπα και είναι τα ακόλουθα:

- Παραπεμπτικό (προς την επιτροπή) από γυναικολόγο και υποβολή του συνημμένου ειδικού εντύπου σωστά συμπληρωμένου αφού έχει διεξαχθεί προσεκτικός έλεγχος των δικαιολογητικών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παραλαβή των δικαιολογητικών από τις γραμματείες των Επιτροπών είναι η συμπλήρωση **όλων** των πεδίων του ειδικού εντύπου. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η κατάθεση ορθών δικαιολογητικών και η αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων.

  Εάν δεν χορηγηθεί παραπεμπτικό για την επιτροπή, λόγω αντίρρησης επιστημονικά τεκμηριωμένης και αναγραφόμενης στο βιβλίο ασθενών από τον γυναικολόγο, η ασφαλισμένη δικαιούται εντός 48ώρου να ζητήσει την επανεξέτασή της από την Α.Υ.Ε του Υποκαταστήματος στο οποίο υπάγεται, παρουσία γυναικολόγου, η οποία και θα κρίνει για την παραπομπή ή όχι της ασφαλισμένης στην επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης.
- Βιβλιάριο υγείας με ασφαλιστική ικανότητα. Σε περίπτωση που δεν λαμβάνει χώρα θεώρηση από το ταμείο θα προσκομίζεται βεβαίωση ασφαλιστικής ικανότητας.
- Αστυνομική ταυτότητα/διαβατήριο.
- Ληξιαρχική πράξου γάμου τελευταίου εξαμήνου (και όχι πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης). Αν η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής και, εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.
- Πριν από την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α. διενεργείται υποχρεωτικός έλεγχος ιδίως για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1, HIV-2), ηπατίτιδα Β και C και σύφιλη (VDRL ή RPR).
- Έλεγχος οιστρογόνων, γοναδροτροπινών, προλακτίνης και θυρεοειδικών ορμονών τελευταίου τριμήνου υπογεγραμμένος από βιοπαθολόγο.
- Για πρόσωπα που μετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. και είναι οροθετικοί για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, ο θεράπων ιατρός θα βεβαιώνει ότι πληρούνται οι όροι και οι προϋποθέσεις που έχουν τεθεί από την Εθνική Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Απόφαση οικ. 2/2008 - ΦΕΚ 170/Β'/6.2.2008).
- Δύο πλήρη σπερμοδιαγράμματα του συζύγου με μεσοδιάστημα 75 ημερών το ένα από το άλλο από τα οποία το ένα τουλάχιστον να έχει γίνει σε Εργαστήριο του ΕΟΠΥΥ ή Δημόσιο Νοσοκομείο ή συμβεβλημμένο με τον ΕΟΠΥΥ εργαστήριο υπογεγραμμένα από ιατρό μικροβιολόγο- βιοπαθολόγο ή και βιολόγο (και όχι από ιατρό γυναικολόγο του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης).
- Σε περίπτωση δότη σπέρματος απαιτείται πιστοποιητικό από την τράπεζα σπέρματος που θα αναφέρει τον αριθμό των σπερματοζωαρίων και την κινητικότητα του δείγματος, την ηλικία του δότη καθώς και τον αριθμό των κυήσεων που έχουν επιτευχθεί με το ίδιο δείγμα.

  Σε περίπτωση παθολογικού σπερμοδιαγράμματος, εκτός περιπτώσεων με σπέρμα κάτω του 1.000.000/ml έως και αζωοσπερμία, απαιτείται ιατρική γνωμάτευση ενδοκρινολόγου, ανδρολόγου ή ουρολόγου για τα πιθανά αίτια της νόσου, η θεραπευτική προσπάθεια που έγινε και αν αυτή είχε και ποια αποτελέσματα.
  Μία σαλπιγγογραφία, η οποία πρέπει να έχει γίνει μέσα στην τελευταία 5ετία, ή εναλλακτικά, έκθεση λαπαροσκόπησης.

Χωρίς σαλπιγγογραφία ή λαπαροσκοπική έκθεση δεν γίνεται δεκτή η αίτηση της ενδιαφερομένης. Εννοείται ότι σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά η υστεροσκόπηση την σαλπιγγογραφία η την λαπαροσκόπηση.

Εάν υπάρχει πλήρης απόφραξη σαλπίγγων, απαιτείται ένα σπερμοδιάγραμμα για τον έλεγχο του ανδρικού παράγοντα , ενώ σε περίπτωση αποδεδειγμένης άμφω χειρουργικής εξαίρεσης σαλπίγγων, δεν απαιτείται σαλπιγγογραφία.

- Υπερηχογράφημα τελευταίου εξαμήνου με έκθεση υπογεγραμμένη από γυναικολόγο ή ακτινολόγο.
- Στην περίπτωση παρένθετης μητρότητας απαιτείται δικαστική άδεια η οποία παρέχεται πριν από τη μεταφορά σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 1458 του Αστικού Κώδικα.

Η επιτροπή έχει δικαίωμα να ζητήσει επιπλέον εξετάσεις στις εξής περιπτώσεις:

- Σε περιπτώσεις ανωμαλιών ή ευρημάτων από την ενδομητρική κοιλότητα (βάσει της σαλπιγγογραφίας), οπότε απαιτείται υστεροσκόπηση ή θεραπεία και επανεξέταση του θέματος.
- Σε ενδομητριωσικές κύστες μεγαλύτερες των 3 εκ., οπότε απαιτείται να προηγηθεί της εξωσωματικής θεραπευτική αντιμετώπιση και επανεξέταση του θέματος μετά από 6 μήνες.

Σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ν. 3305/2005, άρθρο 3 παρ. 8, φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει στην Ι.Υ.Α. δεν χορηγείται σε δότριες ωαρίων.

Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί στη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μέχρι τέσσερις φορές **συνολικά** και ανά τετράμηνο τουλάχιστον.

Η κρίση της επιτροπής θα αφορά δύο προσπάθειες οι οποίες δεν μπορούν να απέχουν μεταξύ τους λιγότερο από 4 μήνες ούτε περισσότερο από έτος. Εννοείται ότι η ασφαλισμένη θα ξαναπεράσει από επιτροπή για τις υπόλοιπες δύο προσπάθειες, καθώς επίσης και ότι περνάει κάθε φορά από επιτροπή όταν οι προσπάθειες γίνονται ανά έτος.

Η ασφαλισμένη θα παρίσταται αυτοπροσώπως στην Επιτροπή.

Σε περίπτωση ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η ανώτερη δοσολογία γοναδοτροπινών που χορηγούνται ανά προσπάθεια είναι 5.000 IU και έως 4 κυτία GnRH αναλόγων ή έως 3 mg αγωνιστών γοναδοτροπινών (σύμφωνα με τις ενδείξεις και τη δοσολογία κάθε σκευάσματος). Η corifollitropin alfa δικαιολογείται μόνο στα πλαίσια εξωσωματικής γονιμοποίησης πάντα σε συνδυασμό με GnRH ανταγωνιστή. Τα 100 και 150mcg corifollitropin alfa αντιστοιχούν σε 2.100 IU ανασυνδυασμένης FSH. Εφ' όσον χρησιμοποιηθούν ανασυνδυασμένες ή μη φολλιτροπίνες δικαιολογείται η χορήγηση 2.500 IU για την περίπτωση της σπερματέγχυσης.

Κατ' εξαίρεση και σε ειδικές περιπτώσεις χορηγούνται επιπλέον ποσότητες μετά από έγκριση της Επιτροπής κατ'εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος κανονισμού.

Σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. όταν η πρώτη προσπάθεια δεν ήταν επιτυχής λόγω χαμηλής LH) και μετά από έγκριση της κατά τα άνω Επιτροπής, όπου χρησιμοποιηθούν ανασυνδυασμένες γοναδοτροπίνες μπορεί να χορηγείται και ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH) έως 2.000 IU. Για το λόγο αυτό οι ασφαλισμένες, με τη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, θα προσέρχονται στην Επιτροπή έχοντας την απόφαση που έχουν ήδη λάβει από αυτήν η οποία, εφ' όσον κρίνεται απαραίτητο, θα επικαιροποιείται αντίστοιχα.

Σε περίπτωση αρνητικής απόφασης της επιτροπής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η ασφαλισμένη μπορεί να ζητήσει νέο ραντεβού μετά από 6 μήνες.

Εάν η επιτροπή εξωσωματικής κρίνει από την εξέταση των παραστατικών, ότι πρέπει να γίνει διέγερση ωοθηκών ή και ενδομητρική σπερματέγχυση, έχει το δικαίωμα να ζητήσει να γίνουν έως 4 προσπάθειες διέγερσης ωοθηκών ή και ενδομητριακής σπερματέγχυσης. Το ανώτερο ηλικιακό όριο για την πρόκληση ωορρηξίας και τη σπερματέγχυση είναι τα 45 έτη.

Όλες οι εγκρίσεις των Επιτροπών Εξωσωματικής θα διαβιβάζονται στο Α.Υ.Σ. (Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο) για τελική επικύρωση και, ακολούθως, θα παραδίδονται στους ενδιαφερομένους.

Το κέντρο που έγινε η προσπάθεια εξωσωματικής οφείλει να εκδίδει ειδικό αναλυτικό ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με το αποτέλεσμα υπογεγραμμένο από τον υπεύθυνο ιατρό ή βιολόγο το οποίο θα κοινοποιείται στις γραμματείες των Περιφερειακών Υγειονομικών Επιτροπών (αναφέροντας και τον αριθμό απόφασης της έγκρισης της Επιτροπής). Παράλληλα, κάθε κέντρο θα εκδίδει αναλυτική ετήσια κατάσταση με όλες τις ασφαλισμένες του Οργανισμού που έκαναν προσπάθεια υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε αυτό, τον αριθμό της Απόφασης της Επιτροπής Εξωσωματικής καθώς και την έκβαση της κάθε προσπάθειας. Η ετήσια αυτή κατάσταση/αναφορά θα αποστέλλεται στο Α.Υ.Σ. και με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στη Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ(d6@eopyy.gov.gr) μέχρι το τέλος Ιανουαρίου του επομένου έτους.

Όσον αφορά στην απόδοση δαπανών εξωσωματικής γονιμοποίησης οι οποίες διεξήχθησαν σε μη συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς ισχύουν τα αναφερόμενα στο 37112/30-08-2012 έγγραφο της Διεύθυνσης Παροχών και Κατάρτισης Συμβάσεων του Οργανισμού.

1Β. Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας

Για να συνταγογραφηθούν από γυναικολόγο των κατά τόπους Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ, συμβεβλημένους και πιστοποιημένους ιατρούς ΕΟΠΥΥ και ιατρούς Κρατικών Νοσοκομείων φάρμακα που απαιτούνται για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, οι ασφαλισμένες θα πρέπει να έχουν ηλικία έως 45 ετών.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή πρέπει να είναι πρωτότυπα και είναι τα ακόλουθα:

- Υπερηχογράφημα τελευταίου εξαμήνου με έκθεση υπογεγραμμένη από γυναικολόγο ή ακτινολόγο.
- σπερμοδιάγραμμα από Εργαστήριο του ΕΟΠΥΥ ή Δημόσιο Νοσοκομείο ή συμβεβλημμένο με τον ΕΟΠΥΥ εργαστήριο υπογεγραμμένα από ιατρό μικροβιολόγο-βιοπαθολόγο ή και βιολόγο (και όχι από ιατρό γυναικολόγο του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης) και
- γνωματευμένη σαλπιγγογραφία τελευταίας διετίας όπου θα φαίνεται ότι δεν υπάρχει σαλπιγγικός παράγων (Δεν νοείται πρόκληση και πιθανόν σπερματέγχυση με σπερμοδιάγραμμα κάτω των 1.000.000/ml ή με κλειστές σάλπιγγες).
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο.

Στην συνταγή θα επισυνάπτεται η απόφαση της Επιτροπής.

Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί σε πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας μέχρι τέσσερις φορές **συνολικά**.

Η κρίση της επιτροπής θα αφορά δύο προσπάθειες οι οποίες δεν μπορούν να απέχουν μεταξύ τους λιγότερο από 4 μήνες. Εννοείται ότι η ασφαλισμένη θα ξαναπεράσει από επιτροπή για τις υπόλοιπες δύο προσπάθειες, καθώς επίσης και ότι περνάει κάθε φορά από επιτροπή όταν οι προσπάθειες γίνονται ανά έτος.

Η ασφαλισμένη θα παρίσταται αυτοπροσώπως στην Επιτροπή.

Σε περίπτωση πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας η ανώτερη δοσολογία είναι 2.500 IU ανασυνδυασμένης ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) ή 3.000 IU ουροφολλιτροπίνης, εκτός εάν αιτιολογείται από τον ιατρό η ανάγκη αυξημένης δοσολογίας, οπότε οι μονάδες αυξάνονται κατά 500 mg ανά περίπτωση**.** Μπορούν να συνταγογραφούνται παράλληλα έως 3 κυτία GnRH αγωνιστών, αλλά όχι ανταγωνιστών γοναδοτροπινών.

2.Χορήγηση γοναδοτροπινών σε άνδρες

Η χορήγηση γοναδοτροπινών σε άνδρες πραγματοποιείται μόνο σε περιπτώσεις υπογοναδοτροφικού υπογοναδισμού και μόνο από ιατρό ουρολόγο-ανδρολόγο ή ενδοκρινολόγο.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή πρέπει να είναι πρωτότυπα και είναι τα ακόλουθα:

- Σπερμοδιάγραμμα το οποίο θα έχει πραγματοποιηθεί σε Εργαστήριο του ΕΟΠΥΥ ή Δημόσιο Νοσοκομείο ή συμβεβλημμένο με τον ΕΟΠΥΥ εργαστήριο υπογεγραμμένο από ιατρό μικροβιολόγο- βιοπαθολόγο ή και βιολόγο
- επίπεδα FSH, LH, PRL, τεστοστερόνης
- καλλιέργεια σπέρματος
- Triplex όρχεων
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο.

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	**ΦΑΡΜΑΚΟ**	**Μέγιστη δοσολογία σε άνδρες**
FOLLITROPIN ALFA	GONAL-F	Μία δόση των 150 IU τρεις φορές την εβδομάδα, ταυτόχρονα με hCG, για ένα διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων μηνών.
FOLLITROPIN BETA	PUREGON	Πρέπει να δίδεται σε δόση των 450 IU/εβδομάδα, κατά προτίμηση Διαιρούμενη σε 3δόσεις των 150 IU, συνακολούθως με hCG.
MENOTROPHINE	MERIONAL	Μία φύσιγγα κάθε 2-3 ημέρες μέχρι να επιτευχθεί ικανοποιητική σπερματογένεση.

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το κατώτατο όριο ολιγο-ασθενο-τερατοσπερμίας όσον αφορά στη συγκέντρωση σπερματοζωαρίων είναι 15 εκατομμύρια, η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων πρέπει να είναι 32%, ενώ η μορφολογία θα πρέπει να είναι 4% στην πρώτη εικόνα.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

<u>Διέγερση ωοθηκών για κρυοσυντήρηση εμβρύων ή ωαρίων σε γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο</u>

Για ασθενείς που απέχουν 3-4 εβδομάδες πριν την θεραπεία για την πάθησή τους οι οποίες δεν έχουν καμία αντένδειξη για διέγερση των ωοθηκών (σύμφωνα με Ιατρική γνωμάτευση ογκολόγου ιατρού ή ογκολογικού συμβουλίου) και προσέρχονται στην Επιτροπή με σκοπό την κρυοσυντήρηση εμβρύων ή κρυοσυντήρηση ωαρίων σε άγαμες γυναίκες και κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ιστού: θα χορηγείται έγκριση της επιτροπής για διέγερση των ωοθηκών, σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν.3305/27-1-2005 και η κρυοσυντήρηση πραγματοποιείται κατόπιν έγγραφης συναίνεσης των προσώπων που τα καταθέτουν σύμφωνα με το άρθρο του 1456 Α.Κ.. Εφ' όσον οι ανωτέρω ασφαλισμένες πρέπει να ξεκινήσουν άμεσα αγωγή για την αντιμετώπιση της παθήσεώς τους τα αντίστοιχα αιτήματα θα εξετάζονται κατά προτεραιότητα από την Επιτροπή.

Στους ορμονοεξαρτώμενους όγκους (πχ μαστού, ωοθηκών, μήτρας, όρχεων, υπόφυσης και υποθαλάμου) δεν χορηγούνται γοναδοτροπίνες παρά μόνον μετά την αποθεραπεία, και ύστερα από σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ογκολόγου ή ογκολογικού συμβουλίου.

Τέλος, σε σπάνιες ειδικές κατηγορίες, η εκάστοτε Επιτροπή θα ενεργεί πάντα με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο (σχετικά 2-4).

Τα φάρμακα που χορηγούνται από τα Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ εμφανίζονται στους αντίστοιχους καταλόγους που ανακοινώνει σε τακτά χρονικά διαστήματα ο Οργανισμός.

Η καταχώριση:

- ⇨της έγκρισης από την αρμόδια Επιτροπή
- ⇨της τελικής έγκρισης – επικύρωσης από το Α.Υ.Σ. καθώς και
- ⇨της επιτυχίας/αποτυχίας κάθε προσπάθειας (βάσει του αναλυτικού ενημερωτικού σημειώματος)

θα πραγματοποιείται αρχικά χειρόγραφα από την αρμόδια Γραμματεία, ενώ, προσεχώς, θα γίνεται μέσω του συστήματος διαχείρισης φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ του οποίου το λογισμικό θα τροποποιηθεί ανάλογα. **Παράλληλα, τα ειδικά έντυπα παραπομπής θα είναι διαθέσιμα στους ιατρούς μέσω του e-diagnosis καθώς και μέσω του ιστοτόπου του ΕΟΠΥΥ.**

Τόσο οι ανωτέρω Επιτροπές όσο και τα φαρμακεία του Οργανισμού θα παρέχουν σε τριμηνιαία βάση στατιστικά στοιχεία στη Διοίκηση.

Τα αναφερόμενα στο παρόν έγγραφο ισχύουν από την ημερομηνία κοινοποίησής τους.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

1.Υπουργείο Υγείας
- Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού
- Διεύθυνση Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
2. Γραφείο Προέδρου
3. Γραφείο Αντιπροέδρου Α΄
4. Γραφείο Αντιπροέδρου Β΄
5. Γραφείο Γενικού Διευθυντή
6. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Πλουτάρχου 3, 10675 Αθήνα
7. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος
Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854 Αθήνα
8. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)
9. ΗΔΙΚΑ ΑΕ
Λ. Συγγρού 101 & Λαγουμιτζή 40, 11745 Αθήνα
10. Διεύθυνση Πληροφορικής
11. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ:
1.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ν. Ιωνίας (Αλ. Παναγούλη 91, 14234 Ν. Ιωνία)
2.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ομονοίας (Αγίου Κωνσταντίνου 16, 10241 Ομόνοια)
3.Φαρμακείο Πειραιά (Μπουμπουλίνας 7-13, 18535 Πειραιάς)
4.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρέντη (Πειραιώς 167, 18233 Ρέντης)
5.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Γκύζη (Ασωπίου 4 και Παράσχου, Γκύζη)
6.Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Θεσσαλονίκης (Αριστοτέλους 19, 54624 Θεσσαλονίκη)

Φαρμακεία υπόλοιπης Ελλάδος:

Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τούμπας (Τζουμαγιάς 64, 54351 Θεσσαλονίκη)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πάτρας (Γιαννιτσών 3, 26222 Πάτρα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ιωαννίνων (Παύλου Μελά 34, 45100 Ιωάννινα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λάρισας ((Ρούσβελτ 4, 41222 Λάρισα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Λαμίας (Θερμοπυλών 77, 35100 Λαμία)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Τρίπολης (2ο χιλ. Τρίπολης – Σπάρτης, 22100 Τρίπολη)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ηρακλείου (3ο χιλ. Εθνικής οδού Ηρακλείου – Μοιρών, Εσταυρωμένος, 71500 Ηράκλειο)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Ρόδου (3ο χιλ. Εθνικής Οδού Ρόδου – Λίνδου, 85100 Ρόδος)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Μυτιλήνης (Πλατεία Μαρτύρων 81100 Μυτιλήνη)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κομοτηνής (Υψηλάντου 2, 69100 Κομοτηνή)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πύργου (Τάκη Πετροπούλου 8, 27100 Πύργος)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Καβάλας (Φιλικής Εταιρείας 6, 65403 Καβάλα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Σερρών (Πριγκ. Χριστοφόρου 25, 62 122 – Σέρρες)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Βόλου (Θρακών 20, 38 333 - Βόλος)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Κέρκυρας (9η Παρ. Ι. Θεοτόκη, 49 100 – Κέρκυρα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Πρέβεζας (Σελευκείας 9, 48100 Πρέβεζα)
Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ Χανίων (Λ. Καραμανλή 99, 73100 Χανιά).

12.Περιφερειακές Διευθύνσεις

ΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΕΛ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
Α.Μ.Κ.Α.	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ/ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα : απόφραξη σαλπίγγων, εκτομή σαλπίγγων, ενδομητρίωση μετά θεραπεία, σοβαρή ολιγοσπερμία, ασθενοσπερμία, αζωοσπερμία, τερατοσπερμία, OATS, κρυοσυντήρηση ωαρίων, προεμφυτευτική διάγνωση, κ.α.)

   ……

2. ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ Ή ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ – ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟΥ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΔΥΟ ΠΛΗΡΗ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ ΜΕ ΜΕΣΟΔΙΑΣΤΗΜΑ 75 ΗΜΕΡΩΝ ΤΟ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΛΟ ΑΠΟ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΤΟ ΕΝΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΝΑ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ. ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΔΙΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΤΟΥ 1.000.000/ml ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΟΥΡΟΛΟΓΟ Ή ΑΝΔΡΟΛΟΓΟ Ή ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΣΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΙΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (HIV-1, HIV-2), ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ C ΚΑΙ ΣΥΦΙΛΗΣ (VDRL Ή RPR).

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

7. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ, ΓΟΝΑΔΡΟΤΡΟΠΙΝΩΝ, ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

8. ΣΕ ΔΟΤΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ: ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΘΑ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΙ ΜΕ ΤΟ ΊΔΙΟ ΔΕΙΓΜΑ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

9. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

10. ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

11. ΑΝ Η ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΑΦΟΡΑ ΑΓΑΜΗ ΓΥΝΑΙΚΑ, Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΥΤΗΣ ΚΑΙ, ΕΦΟΣΟΝ ΣΥΝΤΡΕΧΕΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΝΩΣΗΣ, ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΣΥΖΕΙ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΜΕ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

12. ΚΕΝΤΡΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:

13. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ Η ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 1458 ΤΟΥ ΑΣΤΙΚΟΥ ΚΩΔΙΚΑ.

14. ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΟΣΟΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ, ΠΛΗΡΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΤΕΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ

ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (ΑΠΟΦΑΣΗ ΟΙΚ. 2/2008 - ΦΕΚ 170/Β'/6.2.2008).

15. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

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

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
ΑΜΚΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

   ……

2. ΣΑΛΠΙΓΓΟΓΡΑΦΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΙΕΤΙΑΣ ΌΠΟΥ ΘΑ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΌΤΙ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ- ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΜΕ ΕΚΘΕΣΗ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ.

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
www.eopyy.gov.gr

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ- ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
Α.Μ.	
ΑΜΚΑ	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα)

   ……

2. ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Η ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Η ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ- ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ Η ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΟ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΕΠΙΠΕΔΑ FSH, LH, PRL, ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ (ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΚΡΑΤΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ).

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

4. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

5. Triplex όρχεων

   ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

6. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

7. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ.

ΝΑΙ ☐

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……..

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ