ΤΑΞΙΔΙ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

WWW.OPELARGOS.GR

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ

1 Αιτία παραπομπής στην Επιτροπή (συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό)

2 Πλήρες σπερμοδιάγραμμα τελευταίου έτους υπογεγραμμένο από μικροβιολόγο-βιοπαθολόγο (και όχι από γυναικολόγο του κέντρου εξωσωματικής) που να έχει γίνει σε ιδιωτικό εργαστήριο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ (θα πρέπει να υπάρχει η σφραγίδα του εργαστηρίου στην οποία θα αναγράφεται ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ) ή σε δημόσιο νοσοκομείο

3 Ορμονικός έλεγχος του άνδρα τελευταίου 3μήνου (FSH, LH, προλακτίνη, τεστοστερόνη) υπογεγραμμένος από διευθυντή εργαστηρίου κρατικού νοσοκομείου (ή άλλης δομής ΠΕΔΥ), με ειδικότητα βιοπαθολόγου - μικροβιολόγου ή βιοχημικού - κλινικού χημικού ή βιολόγου ή πυρηνικού ιατρού (για εργαστήρια πυρηνικής ιατρικής) ή από ενδοκρινολόγο υπεύθυνο ορμονολογικού εργαστηρίου, ενώ για τα αντίστοιχα ιδιωτικά εργαστήρια απαιτείται σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ

4 Υπέρηχος και Triplex ορχεων

5 Διάγνωση από ενδοκρινολόγο ή ουρολόγο σχετικά με το είδος και τη διάρκεια της προτεινόμενης θεραπείας

6 Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο

7 Ληξιαρχική πράξη γάμου τελευταίου 6μήνου – εξαιρείται σε περίπτωση χορήγησης ορμονών στην εφηβεία (σε περίπτωση ξενόγλωσσου αντίστοιχου εγγράφου πρέπει να υπάρχει επίσημη μετάφραση). ΟΧΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ. Για τα ανύπαντρα ζευγάρια απαιτείται συμβολαιογραφική πράξη συναίνεσης και από τους δύο για συμμετοχή σε ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή (τελευταίου 6μήνου)

8 Αν η υποβοήθηση της αναπαραγωγής γίνει σε ζευγάρι ελεύθερης ένωσης, απαιτείται συμβολαιογραφική πράξη συναίνεσης της συντρόφου (τελευταίου 6μήνου)

9 Είναι απαραίτητο να προσκομιστούν τα βιβλιάρια υγείας, αλλά και η σχετική ασφαλιστική ικανότητα. Εάν υπάρχουν προηγούμενα βιβλιάρια υγείας του ζευγαριού -ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό φορέα- πρέπει να προσκομιστούν και αυτά

10 Η χορήγηση γοναδοτροπινών (FSH, LH) σε άνδρες πραγματοποιείται μόνο σε περιπτώσεις υπογοναδοτροφικού υπογοναδισμού και εξαρτάται από τη βελτίωση ή όχι των παραμέτρων του σπέρματος (κινητικότητα, αριθμός κ.τ.λ.). Ο μέγιστος χρόνος θεραπείας για χορήγηση γοναδοτροπινών για σπερματογένεση είναι 18 μήνες. Ο μέγιστος χρόνος θεραπείας για χορήγηση γοναδοτροπινών για ενήβωση είναι 6 μήνες

11 Στην περίπτωση χορήγησης γοναδοτροπινών για ενήβωση και για σπερματογένεση απαραίτητη προϋπόθεση είναι η έναρξη θεραπείας με hCG που θα αποδεικνύεται από το βιβλιάριο του ασφαλισμένου