**

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**

**-ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ-**

**ΜΕΡΟΣ Α΄**

 **ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ ΣΤΟ ΑΝΩΤΑΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ YΠΟΔΕΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΕΡΟΥ ΥΠΟ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ Ή ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ Ή ΑΛΛΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**

**A1**

Επωνυμία Παραπέμποντος Ιατρικού Κέντρου / Νοσοκοµείου / Κλινικής-

Ονοματεπώνυμο & Ειδικότητα Παραπέμποντα Ιατρού:

……………………………………………………………………………………………………..

Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………..

Τηλέφωνο:…………………………………………………………………………………………

Φαξ:……………………………………………………………………………………………….

Ηλ. διεύθυνση:……………………………………………………………………………………

**A2**

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυµο:

Όνοµα:

∆ιεύθυνση κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Ηµ/νία γέννησης:

Επάγγελµα:

Α.∆.Τ.: /Άδειας παραμονής (ARC): (Αντίγραφο επισυνάπτεται)

Κάτοχος κυβερνητικής κάρτας νοσηλείας: Ναι/όχι (Αντίγραφο επισυνάπτεται)

**A3**

1. **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ:**

…………………………………………………………………………………………………..

Επισυνάπτεται αντίγραφο της ιστολογικής έκθεσης.

1. **ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ:**

 ………………………………………………………………………………………………….

Επισυνάπτονται αντίγραφα πρόσφατων απεικονιστικών εξετάσεων ή και ιστολογικών εξετάσεων που καθορίζουν το στάδιο της νόσου.

1. **ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Η’ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ:**

*Ακτινοθεραπεία με εξωτερική ακτινοβολία*

*Ακτινοθεραπεία με Ενδοϊστική Βραχυθεραπεία*

*Ακτινοθεραπεία με Κλασσικές Βραχυθεραπείες*

*Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία*

*PET SCAN 18F – FDG (glucose)*

*PET SCAN 18F – Naf (bone)*

*PET SCAN 18F – Fet (brain)*

*PET SCAN 18F – PSMA (prostate)*

*PET SCAN 18F – FLT (brain)*

*PET SCAN 18F –DOPA 18FFMISO (hypoxia)*

1. **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ:**

Επισυνάπτεται πλήρης ιατρική έκθεση του παραπέμποντα ιατρού με:

(α) το ιστορικό του ασθενή (παρούσα νόσος, ατομικό αναμνηστικό, προηγηθείσες διαγνωστικές εξετάσεις ή και θεραπείες)

(β) τους λόγους για τους οποίους υποβάλλεται το συγκεκριμένο αίτημα και

(γ) όποιες άλλες πληροφορίες κρίνονται χρήσιμες για την αξιολόγηση του αιτήματος.

1. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ:**………………………………………..

………………………….

Υπογραφή παραπέμποντα Ιατρού

**Α5**

**ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΤΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

 **(Συμπληρώνεται από τον ασθενή)**

 (α). Δηλώνω υπεύθυνα ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας) όπως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται στο παρόν έντυπο, τηρούνται σε αρχείο και τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για αξιολόγηση της περίπτωσής μου από το Ανώτατο Ογκολογικό Συμβούλιο και ενδεχόμενης παραπομπής μου για θεραπεία σε κατάλληλο θεραπευτικό ή και διαγνωστικό κέντρο. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Υγείας, τα Μέλη του Ανωτάτου Ογκολογικού Συμβουλίου και ενδεχομένως το ιατρικό κέντρο στο οποίο θα παραπεμφθώ. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Υγείας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοουμένου ότι η διαχείριση και επεξεργασία τους θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Υπουργείο Υγείας).

(β). Περαιτέρω βεβαιώ ότι σε περίπτωση υιοθέτησης των εισηγήσεων του θεράποντος ιατρού μου επιθυμώ όπως παραπεμφθώ για θεραπεία στο πιο κάτω ιατρικό κέντρο:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς:

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας / ARC:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

**ΜΕΡΟΣ Β**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Β1**

**Το Συμβούλιο αφού αξιολόγησε το πιο πάνω αίτημα**

Συμφωνεί με τη διενέργεια της αιτούμενης διαγνωστικής εξέτασης/θεραπείας:

Διαφωνεί με τη διενέργεια της αιτούμενης διαγνωστικής εξέτασης/θεραπείας

Αντιπροτείνει:………………………………………………………………………

Συμφώνησαν:

Όνομα Υπογραφή

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Διαφώνησαν:

Όνομα Υπογραφή Λόγος

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ημερ. ………………………….