Αρ. Ανακοίνωσης: DIET20220201

Τροποποιήσεις στο έντυπο υποβολής αιτημάτων επιπρόσθετων θεραπειών σε Κλινικό Διαιτολόγο για εξαιρετικές περιπτώσεις

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας επιθυμεί να ενημερώσει τους παρόχους αναφορικά με τροποποιήσεις στο έντυπο υποβολής αιτημάτων επιπρόσθετων θεραπειών σε Κλινικό Διαιτολόγο για εξαιρετικές περιπτώσεις (**Συνημμένο 1**).

Οι πιο πάνω αλλαγές τίθενται σε ισχύ στις 01 Φεβρουαρίου 2022.

01 Φεβρουαρίου 2022

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συνημμένο 1

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΩΝ

Υπηρεσίες Κλινικής Διαιτολογίας

ΜΕΡΟΣ Α

Κωδικός ΓεΣΥ Δικαιούχου :……..

Ημερομηνία Γέννησης :……Φύλο: ……..…..

Διάγνωση (ICD10):……

(1) Σύντομη περιγραφή του ιστορικού και κλινικής εικόνας του ασθενούς:

……
……
……

(2) Διατροφική Διάγνωση Πρόβλημα Αιτιολογία Συμπτώματα Σημεία (ΔΔ- ΠΑΣ) και Διατροφικοί Στόχοι:

……
……
……

(3) Καταγραφή των ενεργειών που έγιναν κατά τις προηγούμενες επισκέψεις π.χ. οδηγίες διαιτολόγου, αλλαγές βάρους, αλλαγές στη βιοχημεία, ΔΔ-ΠΑΣ και διατροφικοί στόχοι που

υλοποιήθηκαν:

……
……..……
……

(4) Ενδείξεις για τις οποίες τεκμηριώνεται η ανάγκη για παροχή επιπλέον θεραπειών:

- επιπλέον ΔΔ-ΠΑΣ και διατροφικοί στόχοι που απορρέουν
  ……
  ……..……
- ποια η ανάγκη για επιπλέον παρέμβαση
  ……
  ……..……
- ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα από επιπλέον επισκέψεις
  ……
  ……..……
- πρωτόκολλο θεραπείας-Medical Nutrition Therapy (MNT- evidenced based)
  ……
  ……..……
- Process of Nutrition and Dietetic Practice (**να συμπληρωθεί το έντυπο στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 και να επισυναφθεί**)

Προτεινόμενος αριθμός επιπλέον θεραπειών: ……..

Παρακαλείστε όπως υποβάλετε το προτεινόμενο πρωτόκολλο θεραπείας καθώς και οποιεσδήποτε άλλες συμπληρωματικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα διεθνής βιβλιογραφία/κατευθυντήριες οδηγίες κ.α.

ΜΕΡΟΣ Β

Ονοματεπώνυμο Επαγγελματία Υγείας:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ΑΕΥ:…….. Τηλ. Επικοινωνίας: .....

Υπογραφή:……...Ημερομηνία:……..

Σφραγίδα:

ΜΕΡΟΣ Γ

Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού: .....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:…….. Τηλ. Επικοινωνίας: .....

Υπογραφή:……...Ημερομηνία:……..

Σφραγίδα:

Το έντυπο να αποστέλλεται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με ηλεκτρονική αλληλογραφία, στη διεύθυνση: Alliedrequests@hio.org.cy

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Process of Nutrition and Dietetic Practice (PNDP) -

Διαδικασία Διατροφικής και Διαιτολογικής Φροντίδας (ΔΔΔΦ)

Περίληψη Διατροφικής Αξιολόγησης και Παρέμβασης

Διατροφική ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ύψος: **Βάρος :** **ΔΜΣ:** **MUST Score** **Στόχος βάρους:**   **Υπολογισμός πρόσληψης (ανά 24ωρό):** **Ενέργεια:** **Πρωτεΐνη:** **Υγρά:**   **Υπολογισμός αναγκών:** **Ενέργεια:** **Πρωτεΐνη:** **Υγρά:**

Διατροφική και Διαιτητική Διάγνωση (ΔΔ):
Π- **Α-** **Σ-** **ΔΔ:**
Διατροφικό ΠΛΑΝΟ – Συστάσεις σε σχέση με τη διατροφή:

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ανθρωπομετρία

Ύψος:

Βάρος :

ΔΜΣ:

MUST Score

Στόχος βάρους:

Βιοχημικά στοιχεία

Πρόσφατες εξετάσεις. Όλα φυσιολογικά έκτος από:

Τιμή	Αποτέλεσμα	Φυσ. Όρια	Ερμηνεία

Κίνδυνος Σύνδρομου Επανασίτισης (Βάση βιοχημικών) :_____ΝΑΙ, ____ΟΧΙ

Κλινικά στοιχεία

Ιατρικό ιστορικό:

Φαρμακευτική Αγωγή:

Όνομα	Χρήση	Αλληλεπιδράσεις με τα τρόφιμα

Διατροφικά στοιχεία

24-ωρη ανάκληση

Θεραπευτική διατροφή

Διατροφικές προτιμήσεις

Εκτίμηση αναγκών

Ενεργειακές ανάγκες

(Παράγοντες για να υπολογιστούν:

- *Ρυθμίστε λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα στρες*
- *Παράγοντας δραστηριότητας και DIT*
- *Προσαρμογή του βάρους εφόσον ο ασθενής δεν έχει ±ι βάρος, ΔΜΣ, και όρεξη πριν /μετά dx)*

Total estimated daily energy requirements=

Πρωτεΐνες

Total estimated daily protein requirements =

Υγρά

Total estimated daily fluid requirement=

Περιβαλλοντικά, κοινωνικά στοιχεία

2. Διατροφική Διάγνωση

Πρόβλημα:

Αιτιολογία:

Σημεία και συμπτώματα:

3. Πλάνο
Διατροφικοί στόχοι (Ποσοτικοποίηση επιπρόσθετης διατροφής που απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών)
Διατροφικό πλάνο (Ποιες είναι οι συστάσεις σχετικά με διατροφικά θέματα)
Αποτέλεσμα **(**Πρέπει να είναι μετρήσιμα και να υποδεικνύουν πώς θα επηρεάσουν το αποτέλεσμα της παρέμβασής σας)
4. Διατροφική Παρέμβαση

5. Έλεγχος και Παρακολούθηση
6. Επαναξιολόγηση

Κλινικός Διαιτολόγος: .....

Ημερομηνία: .....