



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

**ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ-ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
A.M.	
ΑΜΚΑ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ	
E-MAIL	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ΝΟΜΟΣ-ΟΔΟΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ-ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	

1. ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ (αναφέρατε συγκεκριμένα):  
.....
2. ΠΛΗΡΕΣ ΣΠΕΡΜΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ Ή ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ. ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΔΕΚΤΗ Η ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΥ-ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΧΗΜΙΚΟΥ Ή ΒΙΟΛΟΓΟΥ ΑΡΚΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΥΠΟΓΡΑΦΕΙ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΣ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟΣ-ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ (ΕΠΙΠΕΔΑ FSH, LH, PRL, ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ) ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟ/ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ Ή ΠΥΡΗΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ /ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ Ή ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ \*Ή ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
4. U/S ΟΡΧΕΩΝ ΚΑΙ TRIPLEX ΟΡΧΕΩΝ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΠΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟ Ή ΟΥΡΟΛΟΓΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
6. ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
7. ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ (ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΒΩΣΗΣ). ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΕΠΙΣΗΜΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΕΟΠΥΥ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
8. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΈΝΩΣΗΣ, ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΜΕ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΞΑΜΗΝΟΥ (ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΒΩΣΗΣ). ΝΑΙ  ΟΧΙ
9. Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ (FSH, LH) ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΥΠΟΓΟΝΑΔΟΤΡΟΦΙΚΟΥ ΥΠΟΓΟΝΑΔΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ Ή ΟΧΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ (ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΡΙΘΜΟΣ κ.τ.λ.). ΜΕΓΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΓΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗ 18 ΜΗΝΕΣ. ΜΕΓΙΣΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΓΙΑ ΕΝΗΒΩΣΗ 6 ΜΗΝΕΣ.
10. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΩΝ ΓΙΑ ΕΝΗΒΩΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΓΕΝΕΣΗ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ hCG ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ.
11. ΦΩΤΟΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
12. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΣΩ ΑΤΛΑΣ. ΝΑΙ  ΟΧΙ
13. ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΑΠΟ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΗΤΡΩΟΥ ΜΕΣΩ TAXIS NET Ή ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΗΜΟΥ). ΝΑΙ  ΟΧΙ
14. Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ.
15. ΟΛΑ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΘΗΣΑΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ. ΝΑΙ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: .....

Ο ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ