

Šąnarių endoprotezavimo ir šąnarių
endoprotezų įsigijimo išlaidų
kompensavimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Prašymo skirti kompensuojamąjį revizinį šąnario endoprotezą forma)

Valstybinės ligonių kasos
prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriui
Europos aikštė 1, LT-03505 Vilnius

**PRAŠYMAS SKIRTI KOMPENSUOJAMĄJĮ REVIZINĮ ŠĄNARIO
ENDOPROTEŽĄ**

.....
(Data)

VARDAS, PAVARDĖ.....
(didžiosiomis raidėmis)

Asmens kodas

Gyvenamosios vietos adresas

Telefono numeris

Prašau man skirti (*reikiamą pabraukti*) **REVIZINĮ DEŠINIOJO / KAIRIOJO KLUBO /
KELIO / PETIES / ALKŪNĖS / ČIURNOS** šąnario endoprotežą.

Norėčiau būti operuojamas.....
(*asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas*)

Su Šąnarių endoprotezavimo ir šąnarių endoprotezų įsigijimo išlaidų kompensavimo
tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

Paciento parašas

**GYDYTOJO ORTOPEDO TRAUMATOLOGO KONSULTACIJOS / GYDYTOJŲ
ORTOPEDŲ TRAUMATOLOGŲ KONSILIUMO IŠVADA**

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo teikiama gydytojo ortopedo
traumatologo konsultacija ar sušauktas gydytojų ortopedų traumatologų konsiliumas,
pavadinimas.....

.....

Diagnozė / revizijos priežastis

.....ir kodas pagal TLK-10-AM

IŠVADA:

tikslinga atlikti **revizinę** šąnario endoprotezavimo operaciją, implantuojant (pažymėti
reikiamus langelius):

DEŠINIOJO **KAIRIOJO**

KLUBO **KELIO** **PETIES** **ALKŪNĖS** **ČIURNOS**
sąnario implantą.

Pirminės sąnario endoprotezavimo operacijos data:..... .

Pirminės sąnario endoprotezavimo operacijos metu implantuoto sąnario endoprotezo
prekinis pavadinimas:..... .

Reikiamo revizinio sąnario endoprotezo pavadinimas:...../
siūlomi revizijos variantai:
.....
.....

Viso sąnario endoprotezo revizija (keičiami visi komponentai) **Dalinė sąnario
endoprotezo revizija** (keičiami ne visi komponentai)

Klasifikacija pagal W. G. Paprosky (klubo sąnario revizijos atveju):

P1 **P2A** **P2B** **P2C** **P3A** **P3B**

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens spaudas ir parašas:

.....
Konsiliume dalyvavusių gydytojų spaudai ir parašai:,
.....,
.....

Gydytojo konsultacijos data 201...-....-.... .

Gydytojų konsiliumo data 201...-....-.... .

Šąnarių endoprotezavimo
ir šąnarių endoprotezų
įsigijimo išlaidų
kompensavimo tvarkos
aprašo
3 priedas

(Prašymo skirti kompensuojamąjį šąnario endoprotezą skubos tvarka forma)

**Valstybinės ligonių kasos
prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriui
Europos aikštė 1, LT-03505 Vilnius**

**PRAŠYMAS SKIRTI KOMPENSUOJAMĄJĮ ŠĄNARIO ENDOPROTEŽĄ SKUBOS
TVARKA**

.....
(Data)

VARDAS, PAVARDĖ
(*didžiosiomis raidėmis*)

Asmens kodas □□□□□□□□□□

Gyvenamosios vietos adresas.....

Telefono numeris.....

Prašau man skirti kompensuojamąjį (*reikiamą pabraukti*) **DEŠINIOJO / KAIRIOJO
KLUBO / KELIO / PETIES / ALKŪNĖS / ČIURNOS** šąnario endoprotežą.

Norėčiau būti operuojamas (-

a).....

(*asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas*)

Su Šąnarių endoprotezavimo ir šąnarių endoprotezų įsigijimo išlaidų kompensavimo
tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi).

Paciento parašas

GYDYTOJŲ ORTOPEDŲ TRAUMATOLOGŲ KONSILIUMO IŠVADA

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo sušauktas gydytojų ortopedų
traumatologų konsiliumas, pavadinimas

201__-__-__ nustatyta diagnozė

..... ir jos kodas pagal TLK-10-AM □□□ □

IŠVADA:

turi būti atliekama / buvo atlikta skubi (*reikiamą pabraukti*) **pirminė** **revizinė**

DEŠINIOJO **KAIRIOJO**

KLUBO **KELIO** **PETIES** **ALKŪNĖS** **ČIURNOS** (*pažymėti reikiamus langelius*) sąnario endoprotezavimo operacija. Turi būti implantuojamas / buvo implantuotas (*pažymėti reikiamus langelius*):

STANDARTINIS

SPECIALUSIS
(*įrašyti pavadinimą iš Specialiųjų sąnarių endoprotezų sąrašo*)

REVIZINIS
(*įrašyti sąnario endoprotezo pavadinimą*)

CEMENTINIO **MECHANINIO** **MIŠRAUS** tvirtinimo sąnario endoprotezas.

Operacijos metu panaudotas sąnario endoprotezas (standartinio endoprotezo implantavimo atveju) arba atskiri sąnario endoprotezo komponentai (specialaus arba revizinio endoprotezavimo atveju):

.....
.....

Įmonės, iš kurios buvo gautas specialusis / revizinis sąnario endoprotezas (jei toks endoprotezas buvo implantuotas), pavadinimas....., šios įmonės sutarties su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos data..... ir šios sutarties numeris.....

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo ar jo įgalioto asmens spaudas ir parašas

.....
Ortopedijos traumatologijos padalinio vedėjo spaudas ir parašas.....

.....
Gydytojų ortopedų traumatologų spaudai ir parašai:,

.....
.....

Gydytojų konsiliumo data 201...-....-.....

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-367](#), 2016-03-18, paskelbta TAR 2016-03-22, i. k. 2016-05496