

Број: 01/004-5112/24

Датум: 16.12.2024. године

На основу члана 36. став 10. Закона о здравственој заштити ("Службени гласник Републике Српске", број: 57/22), а у складу са чланом 31. став 2. Закона о обавезном здравственом осигурању ("Службени гласник Републике Српске", број: 93/22 и 132/22), в.д. директора Фонда здравственог осигурања Републике Српске, Бања Лука, донио је

У П У Т С Т В О
о начину и поступку утврђивања и вођења Листе чекања на амбулантне услуге
радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ
и магнетне резонанце - MR

Хитне дијагностичке процедуре радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR се обављају у току хоспитализације осигураног лица Фонда здравственог осигурања Републике Српске (у даљем тексту: Фонд) у здравственој установи секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите (клинички центар, болница, завод или специјалистички центар). Ове случајеве је доктор медицине специјалиста одређене гране медицине из здравствене установе са територије Републике Српске која има закључен уговор са Фондом дужан упутити доктору медицине специјалисти породичне медицине који је дужан осигураном лицу Фонда који је хитан пацијент издати упутницу за болничко лијечење. Према наведеном, упућивање на радиолошку дијагностику у хитним случајевима није предмет овог Упутства.

Овим Упутством дефинишу се права и обавезе у вези поступка утврђивања и вођења Листе чекања на амбулантне услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR за осигурана лица Фонда.

Право на дијагностички поступак

1. Право на амбулантну услугу радиолошке дијагностике - компјутеризована томографија - КТ и магнетна резонанца - MR на терет средстава обавезног здравственог осигурања осигурано лице Фонда има једном годишње по дијагнози, независно о броју регија за које је потребно урадити радиолошку дијагностику - КТ или MR. Ово право обухвата и један контролни преглед уколико здравствено стање осигураног лица захтијева додатно лијечење и неопходну провјеру. Право се остварује на територији Републике Српске у здравственим установама са којима Фонд има закључен уговор о пружању амбулантних услуга радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR (у даљем тексту: давалац дијагностичке услуге).

2. У случају утврђене медицинске потребе, наведена правила не ограничавају право на амбулантне радиолошке дијагностике - КТ или MR за осигурана лица обољела од малигне болести, за дјецу до 18 година и труднице.

3. Фонд дефинише даваоце дијагностичких услуга и број слободних термина на основу исказаних капацитета даваоца дијагностичких услуга које уређује ово Упутство. Приликом закључивања уговора са даваоцима дијагностичких услуга, Фонд обезбјеђује слободне термине по даваоцима дијагностичких услуга путем апликације или интегрисаног здравственог информационог система (ИЗИС-а), који су на располагању тимовима породичне медицине и самим здравственим установама које пружају дијагностичку услугу.

1
 

Поступак предлагања

4. Приједлог за упућивање на амбулантну компјутеризовану томографију - КТ или магнетну резонанцу - MR даје доктор медицине специјалиста одређене гране медицине из здравствене установе са територије Републике Српске која има закључен уговор са Фондом. Фонд додјељује одговарајућу шифру доктору медицине специјалисти одређене гране медицине да може предлагати упућивање осигураних лица Фонда на амбулантну компјутеризовану томографију - КТ и магнетну резонанцу - MR на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

5. Доктор медицине специјалиста одређене гране медицине на основу дијагнозе, има право да, уколико је завршена претходна дијагностика, упути осигурано лице Фонда на додатне дијагностичке процедуре КТ или MR (први преглед), само ако је претходна дијагностика указивала на потребу за КТ или MR.

6. Доктор медицине специјалиста одређене гране медицине индикује преглед у складу са приоритетима и здравственим стањем осигураног лица Фонда, као и критеријумима из Прилога 3 овог Упутства.

7. Уколико здравствено стање осигураног лица Фонда захтијева неопходну провјеру доктор медицине специјалиста одређене гране медицине може препоручити контролни преглед, једном у календарској години. За препоручени контролни преглед није потребна претходна дијагностика дефинисана критеријумима из прилога 3 овог Упутства.

8. Захтјев за понављање прегледа код нејасних налаза, доктор медицине специјалиста одређене гране медицине који је иницирао преглед може тражити само уз мишљење и приједлог три доктора медицине специјалиста одређене гране медицине, на исти процедурални начин дефинисан овим Упутством. У овом случају осигурано лице Фонда има право на још један додатни преглед. Ови случајеви ће бити предмет посебне контроле од стране Фонда.

Поступак заказивања

9. Доктор медицине специјалиста породичне медицине приликом додјељивања термина обавјештава осигураника да је у обавези да потпише ИЗЈАВУ из Прилога 2 овог Упутства да је сагласан са заказаним термином у наведеној здравственој установи. Уколико осигурано лице Фонда није сагласно са првим доступним термином, доктор медицине специјалиста породичне медицине додјељује први доступни термин у здравственој установи са којом је осигурано лице сагласно.

10. Доктор медицине специјалиста породичне медицине, осигураном лицу Фонда издаје потврду о заказаном термину, која је Прилог број 4 овог Упутства.

11. Упутница попуњена и заказана од стране доктора медицине специјалисте породичне медицине видљива је здравственој установи у којој је преглед заказан, као и Фонду.

Листе чекања

12. За предложену амбулантну радиолошку дијагностику успоставља се и води Листа чекања за амбулантне услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце - MR (у даљем тексту: Листа чекања).

13. Упутница за амбулантну радиолошку дијагностику - КТ или MR, коју је заказивањем термина попунио доктор медицине специјалиста породичне медицине, је кроз Листу чекања успостављену путем апликације или ИЗИС-а видљива и даваоцима ових услуга и Фонду.

14. Критеријуми и стандардизоване мјере за процјену здравственог стања и степен приоритета за пружање здравствене услуге за стављање на листу чекања садржани су у Прилогу 3 који чини саставни дио Упутства.

15. Давалац услуге амбулантне радиолошке дијагностике је дужан да пружи услугу у заказаном термину у оквиру укупног броја термина који је дефинисан уговором који је закључио са Фондом.

Промјене у листи чекања и статусу упутнице

16. Промјена у листи чекања може да се врши из медицинских и немедицинских разлога, у оквиру најдужега времена чекања на здравствену услугу из Прилога 3 овог Упутства.

16.1. У случају промјене у листи чекања, здравствена установа у којој треба да се пружи здравствена услуга одређује нови датум услуге и о томе одмах, а најкасније у року од три дана, обавјештава осигурано лице и доктора породичне медицине који је осигурано лице ставио на листу чекања.

17. Из медицинских или немедицинских разлога може се мијењати статус упутнице. Статус упутнице може да буде сљедећи: закључена, распоређена, блокирана и отказана. Приликом промјене статуса упутнице потребно је навести разлог промјене.

17.1. Промјена статуса упутнице се врши путем информационог система и видљива је доктору породичне медицине, Фонду и здравственој установи.

Налаз и мишљење

18. У року од пет радних дана након обављања заказане амбулантне радиолошке дијагностике давалац ове услуге је дужан да у апликацији или ИЗИС-у попуни налаз и мишљење у електронској форми, те је овај налаз и мишљење видљив доктору медицине специјалисти породичне медицине и доктору медицине специјалисти одређене гране медицине који је предложио обављање радиолошке дијагностике.

Извјештавање

19. Фонд редовно ажурира апликацију или ИЗИС, те према члану 36. Закона о здравственој заштити министру здравља и социјалне заштите Републике Српске подноси годишњи извјештај о вођењу и ажурирању Листе чекања.

Контрола

20. Контролу поштовања критеријума из Прилога 3 овог Упутства од стране предлагача и контролу над вођењем и ажурирањем листе чекања врше контролори Фонда, у складу са прописима којима је уређена област здравственог осигурања, а на основу закљученог уговора између Фонда и здравствене установе.

Прилог 1: Образац - упутница се налази у прилогу Упутства и чини његов саставни дио.

Прилог 2: Образац – Изјава о пристанку на заказани дијагностички преглед

Прилог 3: Критеријуми и стандардизоване мјере за процјену здравственог стања осигураних лица

Прилог 4: Потврда о заказаном термину

21. Ступањем на снагу овог Упутства престаје да важи Упутство о начину и поступку утврђивања и вођења Листе чекања на амбулантне услуге радиолошке дијагностике - компјутеризоване томографије - КТ и магнетне резонанце – MR, број 01/004-4276/22 од 24.10.2022. године.

22. Ово Упутство ступа на снагу даном доношења, а примјењује се од 3.1.2025. године.

23. Ово Упутство ће се објавити на службеној интернет страници Фонда: www.zdravstvo-srpske.org.



В.д. директора

Дејан Кустурић, дип.л. економиста

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД



ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		<i>ИД Упутнице</i>	
ЈМБГ :			
Име :		Презиме :	
Датум рођења :		Пол : ☐ Мушки ☐ Женски	
Адреса :		Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : ☐			
Основ ослобађања плаћања партиципације :			
Контакт фиксни :		Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : ☐			
Изабрана установа :			
УПУТНА ДИЈАГНОЗА		МКБ шифра болести:	
ТРАЖИ СЕ			
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ			
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР - ПРЕГЛЕД			
Шифра :			
Име :		Презиме :	
Специјалност :		Шифра специјалност :	
Шифра и назив установе :		Мјесто :	
Телефон :			
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ			
Вриједност серумског креатинина :		На дан :	
Вриједност ГФР :			
Да ли је пацијент у другом стању ?		☐ Да	☐ Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?		☐ Да	☐ Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?		☐ Да	☐ Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?		☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?		☐ Да	☐ Не
(а) Да ли пацијент има метално страно тијело (имплантат, гелер,...) ?		☐ Да	☐ Не
(б) Да ли је пацијенту имплантиран ел. уређај (пејсмејкер, дефибрилатор итд.)		☐ Да	☐ Не
У случају да је (а) и/или (б) ДА, молимо навести врсту страног тијела/имплантата, те дио тијела у којем се налази.			

Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	☐ Да	☐ Не
Да ли је пацијент примао гадолинијумско контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] :	☐ Да	☐ Не
Преглед са контрастом или не ?	☐ Да	☐ Не
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ		
Шифра :		
Име :	Презиме :	
Установа :	Мјесто :	
Телефон :		
Датум упућивања :		
Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне. Потврђујем да је пацијент упознат са процедуром радиолошке дијагностике и сматрам да је физички и психички способан да приступи истој. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у доле наведеној здравственој установи. Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.		
Здравствена установа :	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:	
Мјесто : _____	Шифра доктора : _____	

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ МР ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити :

Мјесто прегледа :	Шифра прегледа :	Телефон установе :
Датум прегледа :	Вријеме прегледа :	Бр. протокола :
Напомена:		

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно прије обављања заказаног прегледа доставити сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа .
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико је на упутници неопходно унијети вриједност креатинина, пацијент је обавезан донијети тражени налаз у захтјеваном року у амбуланту породичне медицине или у установу гдје ће се обавити преглед, како би се и тај параметар унио и на тај начин омогућио тражени преглед.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ КТ ПРЕГЛЕД



ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		ИД Упутнице
ЈМБГ :		
Име :	Презиме :	
Датум рођења :	Пол :	☐ Мушки ☐ Женски
Адреса :	Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : ☐		
Основ ослобађања плаћања партиципације :		
Контакт фиксни :	Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : ☐		
Изабрана установа :		
УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести :	
ТРАЖИ СЕ		
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ		
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ КТ ПРЕГЛЕД		
Шифра :		
Име :	Презиме :	
Специјалност :	Шифра специјалности :	
Шифра и назив установе:	Мјесто :	
Телефон :		
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ КТ ПРЕГЛЕДЕ		
Вриједност серумског креатинина :	На дан :	
Вриједност ГФР :		
Да ли је пацијент у другом стању ?	☐ Да	☐ Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?	☐ Да	☐ Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?	☐ Да	☐ Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа?[потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	☐ Да	☐ Не

*Клинички
Лист*

Да ли је пацијент примао јодно контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] :	☐ Да ☐ Не
---	---

Преглед са контрастом или не ?	☐ Да ☐ Не
--------------------------------	---

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Шифра :

Име :	Презиме :
-------	-----------

Установа :	Мјесто :
------------	----------

Телефон :

Датум упућивања :

Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне.

Потврђујем да је пацијент упознат са процедуром радиолошке дијагностике и сматрам да је физички и психички способан да приступи истој. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у доле наведеној здравственој установи.

Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.

Здравствена установа:	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:
Мјесто : _____	Шифра доктора : _____

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ КТ ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити :

Мјесто прегледа:	Шифра прегледа:	Телефон установе:
------------------	-----------------	-------------------

Датум прегледа:	Вријеме прегледа:	Бр. протокола :
-----------------	-------------------	-----------------

Напомена :

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно прије обављања заказаног прегледа доставити сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа .
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико је на упутници неопходно унијети вриједност креатинина, пацијент је обавезан донијети тражени налаз у захтјеваном року у амбуланту породичне медицине или у установу гдје ће се обавити преглед, како би се и тај параметар унио и на тај начин омогућио тражени преглед.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.

ИЗЈАВА

Име и презиме доктора медицине специјалисте породичне медицине:	
Шифра:	
Назив здравствене установе:	

Ја, _____ ЈМБГ

(име и презиме осигураног лица)

(стална адреса становања)

(контакт телефон)

☐ изјављујем да сам од стране доктора медицине специјалисте породичне медицине информисан/а о првом раслоложивом/слободном термину за обављање амбулантне радиолошке дијагностике и да сам сагласан-а са заказаним термином у понуђеној здравственој установи са којом Фонд има закључен уговор на територији Републике Српске.

☐ изјављујем да нисам сагласан/а са заказаним термином, инсистирам да ми се закаже термин у здравственој установи по властитом избору

Датум потписивања изјаве

Потпис осигураног лица

ПРИЛОГ 3
КРИТЕРИЈУМИ И СТАНДАРДИЗОВАНЕ МЈЕРЕ ЗА ПРОЦЈЕНУ ЗДРАВСТВЕНОГ
СТАЊА ОСИГУРАНИХ ЛИЦА

**I ПРЕГЛЕД НА КОМПЈУТЕРИЗОВАНОЈ ТОМОГРАФИЈИ (КТ) И
МАГНЕТНОЈ
РЕЗОНАНЦИ (МР)**

Осигурана лица заказују се на дијагностичку процедуру МР и КТ према, доле наведеним, критеријумима којима је дефинисан степен приоритета као и неопходна медицинска документација која треба претходити прегледу. Индикација за МР и КТ мора бити јасно описана у налазу предлагача.

1. КТ преглед главе (КТ дијагностика) најдуже до два мјесеца, за:

- осигурана лица са упорним главобољама без неуролошких испада и без епилептичких напада (уколико су претходно исцрпљене све дијагностичке процедуре),
- оперисана осигурана лица у добром стању код којих је потребно урадити контролни КТ преглед мозга
- осигурана лица са сумњом на неуродегенеративно обољење,
- осигурана лица са клиничким тријасом који упућује на нормотензивни хидроцефалус (поремећај хода, сфинктера, деменција),
- осигурана лица са клиничком сликом деменције,
- осигурана лица са неуропаразитозом код којих је потребно евалуирати терапеутски učinak,
- осигурана лица са дуготрајном главобољом (више година), која последњих мјесеци мијења карактер, праћеним уредним неуролошким налазом, а други узроци су искључени,
- осигурана лица (симптоматски и асимптоматски) предвиђена за ендартеректомију.

2. КТ преглед главе и врата (КТ дијагностика) најдуже до два мјесеца, за:

- стеноза ларинкса,
- хроничи риносинуситис у припреми за операцију,
- темпоралне кости приликом припреме за уградњу кохлеарног имплантата,
- урођене аномалије.

3. КТ преглед кичменог стуба:

а) КТ дијагностика најдуже до два мјесеца, за:

- осигурана лица са јасним лумбоишијалгичним тегобама и радикуларним лезијама на ЕМНГ прегледу који су резистентни на медикаментозно лијечење и физикалну терапију,
- осигурана лица са јасним цервикобрахијалгичним тегобама и радикуларним лезијама на ЕМНГ прегледу који су резистентни на медикаментозно лијечење и физикалну терапију;

б) КТ дијагностика најдуже до шест мјесеци, за:

- осигурана лица оперисана због дегенеративних обољења кичменог стуба код којих постоји субјективно погоршање, без објективних знакова погоршања (неуролошки налаз и ЕМНГ налаз).

Handwritten signatures and initials.

4. МР преглед главе

а) МР дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- оне који су планирани за неурохируршку интервенцију чија се неурохируршка интервенција може одложити, не угрожавајући осигурано лице,
- осигурана лица код којих није јасна дијагноза неурохируршког обољења (ради диференцијално дијагностичког разјашњавања, уз претходно исцрпљене све одговарајуће процедуре)
- осигурана лица са новооткривеним дисеминованим неуролошким дефицитом,
- осигурана лица са неуролошким дефицитом, где КТ ендокранијума приказује уредан налаз,
- осигурана лица са суспектном патологијом бијеле масе утврђеном КТ прегледом ендокранијума,
- осигурана лица са рјеђим неуродегенеративним болестима (дистонични, балистички и други поремећаји покрета, деменцијом дегенеративног типа),
- осигурана лица са клиничком сликом васкуларне или мултиинфарктне деменције.

Неопходна медицинска документација – по процјени специјалисте:

- Лабораторијски и биохемијски налази
- ЦТ
- РТГ
- ЕЕГ
- Евоцирани потенцијали

5. МР преглед кичменог стуба

а) МР дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- осигурана лица са упорним лумбоишиалгичним тегобама код којих нема знакова опоравка на медикаментозну и физикалну терапију, са радикуларним лезијама верификованим неуролошким прегледом,
- оперисана осигурана лица (тумори кичмене мождине, дегенеративне болести уколико КТ није довољан) код којих постоје субјективни и објективни знаци погоршања,
- осигурана лица са радикуларним болним синдромом дужим од три мјесеца,
- осигурана лица са споро прогресивном (дужом од три мјесеца) парапарезом непознатог узрока,

б) МР дијагностика **најдуже до шест мјесеци**, за:

- оперисана осигурана лица (тумори и друга патологија кичмене мождине) код којих се тражи рутинска контрола,
- оперисана осигурана лица (тумори и друга патологија кичмене мождине) код којих постоје само субјективни знаци погоршања.

Од наведених 4 налаза неопходно је да има 3 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- РТГ
- ЕМНГ
- Амбулантни физикални третман

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

а) КТ дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- конгениталне малформације грудног коша, срца и крвних судова грудног коша код витално неугрожених осигураних лица, уколико рендген (за грудни кош) и ултразвук (за срце и крвне судове) нису довољно информативни,

- кардијалне и перикардијалне болести: срчане мекоткивне масе, анеуризма, псеудоанеуризма (необјашњене ехокардиографијом),

- евалуација случајно откривеног солитарног плућног подуса виђеног на рендгенском снимку или при прегледу КТ абдомена који не показује морфолошке знаке малигнитета,

- унилатерална или билатерална абнормалност у изгледу хилуса на рендгенском ПА снимку,

- сумње на постојање и праћење откривених бронхиектазија,

- пнеумокониозе уколико рендген није довољно информативан,

- ИПФ интерстицијалне плућне фиброзе уколико рендген није довољно информативан,

- перзистентни плеурални излив непознате етиологије,

- саркоидоза уколико рендген није довољно информативан,

- цистичне плућне болести уколико рендген није довољно информативан,

- необјашњен губитак тежине и висока СЕ или хронична субфебрилност, уколико рендген није довољно информативан,

- кашаљ, хемоптизија дужа од три мјесеца, хроничне тегобе са дисањем,

- мијастенија гравис/тимус, преоперативно,

- ТОС (синкопе или васкуларне сметње због сумње на промјене у горњој апертури торакса),

- КТ коронарографија код сумње на коронарну болест.

III КТ ПРЕГЛЕД АБДОМЕНА И МАЛЕ КАРЛИЦЕ

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

а) КТ дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- Кронову болест и улцерозни колитис (ИБД),

- хронични панкреатитис,

- хронична мезензеријална исхемија,

- абдоминални/пелвични бол који није објашњен другим дијагностичким методама,

- дифузни едем доњих екстремитета необјашњен другим методама,

- КТ ангиографија абдоминалних и периферних крвних судова,

- сумња на дифузно или фокално обољење јетре, највјероватније бенигне етиологије

IV КТ ПРЕГЛЕД – ВАСКУЛАРНИ ПРОГРАМ (АНГИОГРАФИЈЕ)

КТ дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- анеуризма аорте, у грудном кошу и трбуху, или на другим великим крвним судовима.

Клиничка
 

- атеросклероза каротидне артерије на врату, које могу ограничити проток крви до мозга и изазвати мождани удар.
- дијагностика малих анеуризми и других малформација на артеријама мозга.
- атеросклероза и сужења крвних судова на ногама и припрема болесника за ендоваскуларне интервенције или операције.
- болест артерија бубрега, или сагледавање протока крви, како би се извршиле припреме за трансплантацију бубрега.
- процјена стања после имплантације стента.
- повреде једне или више артерија у врату, грудима, трбуху, карлици и удовима код повријеђених болесника.
- процјена васкуларизације тумора прије операције или других поступака, као што је емболизација или селективна унутрашња зрачна терапија.
- дијагностика дисекција или раздвајања на грудној или трбушној аорти или њеним главним гранама.
- дијагностика обима атеросклерозе у коронарним артеријама и избор хируршке методе, као што је коронарни бајпас.
- дијагностика неких ендокриних болести
- дијагностика плућне емболије (угрушака крви из вена ногу).

V МР ПРЕГЛЕД АБДОМЕНА

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

- а) МР дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:
- испитивање у склопу потенцијалне трансплантације јетре (донор/прималац),
 - процјену туморског одговора на терапију,
 - испитивање узрока дилатације хепатобилијарног система и панкреатичног дуктуса (укључујући МР холангиопанкреатикографију, односно МРЦП),
 - испитивање суспектних конгениталних или анатомско/физиолошких и патолошких абнормалности жучне кесе, билијарног стабла и панкреатичног дуктуса (МРЦП),
 - испитивање интрапанкреатичних или перипанкреатичних течних колекција или фистула,
 - откривање и карактеризација течних колекција у абдомену, уколико ултразвук и КТ нису информативни,
 - испитивање абдоминалних органа као алтернатива компјутеризованој томографији (КТ) усљед потребе избјегавања радијационе експозиције (нпр. код трудних жена, дјеце -педијатријских осигураних лица или осигураних лица у којих је контраиндикована апликација јодираних контрастних средстава).

Од наведених 5 налаза неопходно је да има 3 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- Налаз ултразвучног прегледа абдомена
- ЦТ
- РТГ
- Ендоскопски преглед

VI MR ПРЕГЛЕД МАЛЕ КАРЛИЦЕ

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

а) МР дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- процјена болних маса у карлици, укључујући аденоме, цисте оваријума, торзију, апсцес туба и оваријума, бенигне солидне масе, опструкцију туба, ендометриозу, фиброид,
- утврђивање конгениталних аномалија у мушкој и женској карлици,
- одређивање броја, локализације и типа (солидног или хеморагичног) фиброида прије миомектомије, хистеректомије или емболизације утериних артерија,
- процјена дефеката пелвичног пода удружена са уринарном или фекалном инконтиненцијом.

Од наведених 5 налаза неопходно је да има 3 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- Налаз ултразвучног прегледа абдомена и мале карлице
- ЦТ
- РТГ
- Колпоскопија, колоноскопија, цистоскопија и сл.

VII КТ ПРЕГЛЕД МУСКУЛОСКЕЛЕТНОГ СИСТЕМА

КТ дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

- процјена инфекција костију и меких ткива које су резистентне на примјењену терапију (остеомијелитис , некротични фасцитис, и сл.),
- акутне васкуларне лезије костију.
- лезије хрскавице: преломи, хорндромалације,
- инфламаторни или пролиферативни синовитис,
- абнормалности коштане сржи васкуларне или трауматске етиологије: контузије костију, стрес фрактуре, окултне фрактуре, остеонекроза, синдром едема коштане сржи,
- инфекције костију, зглобова или меких ткива,

VIII MR ПРЕГЛЕД МУСКУЛОСКЕЛЕТНОГ СИСТЕМА

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

а) Индикације за МР преглед мускулоскелетног система које је потребно урадити **до два мјесеца**, за:

- процјена инфекција костију и меких ткива које су резистентне на примјењену терапију (остеомијелитис , некротични фасцитис, и сл.),
- иницијална карактеризација, откривање или искључивање тумора костију или меких ткива,
- преоперативна процјена и хируршко планирање тумора меких ткива и костију.



- откривање и процјена компликација везаних за туморе костију и меких ткива или њихово лијечење, укључујући хеморагију, инфекцију као и компликације неуролошког и васкуларног поријекла,

- повреде лигамената: парцијални и/или комплетни прекид,
- повреде мишића, мишићно-тетивног прелаза и тетива,
- лезије хрскавице: преломи, хондромалације,
- инфламаторни или пролиферативни синовитис,
- абнормалности коштане сржи васкуларне или трауматске етиологије: контузије костију, стрес фрактуре, окултне фрактуре, остонекроза, синдром едема коштане сржи,
- инфекције костију, зглобова или меких ткива,
- артритис: инфламаторни, неуропатски, дегенеративни, изазван кристалима, пост-трауматски,
- поремећај периферних нерава: ентрапмент, компресија, денервација мишића.
- акутне васкуларне лезије костију.

б) Индикације за МР преглед мускулоскелетног система које је потребно да се уради **до девет мјесеци**, за:

- редовне контроле послје операција, без знакова погоршања болести.

Од наведених 5 налаза неопходно је да има 3 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- Налаз ултразвучног прегледа
- ЦТ
- РТГ
- ЕМНГ

IX МР ПРЕГЛЕД ГРУДИ

Осигурана лица се, у зависности од индикација, степена приоритета потребне врсте здравствене услуге, у складу са клиничким критеријумима, класификују у сљедеће групе, према дужини чекања:

а) МРИ дијагностика **најдуже до два мјесеца**, за:

Од наведених 3 налаза неопходно је да има 2 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- Налаз ултразвучног прегледа
- Мамографија

X МР ПРЕГЛЕД: ВАСКУЛАРНИ ПРОГРАМ (АНГИОГРАФИЈЕ)

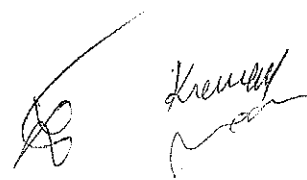
МРИ дијагностика **најдуже до шест мјесеци**, за:

- анеуризма аорте, у грудном кошу и трбуху, или на другим великим крвним судовима.
- атеросклероза каротидне артерије на врату, које могу ограничити проток крви до мозга и изазвати мождани удар.
- дијагностика малих анеуризми и других малформација на артеријама мозга.
- атеросклероза и сужења крвних судова на ногама и припрема болесника за ендоваскуларне интервенције или операције.
- болест артерија бубрега, или сагледавање протока крви, како би се извршиле припреме за трансплантацију бубрега.

- процјена стања после имплантације стента.
- откривање повреде једне или више артерија у врату, грудима, трбуху, карлици и удовима код повријеђених болесника.
- процјена васкуларизације тумора прије операције или других поступака, као што је емболизација или селективна унутрашња зрачна терапија.
- дијагностика дисекција или раздвајања на грудној или трбушној аорти или њеним главним гранама.
- дијагностика обима атеросклерозе у коронарним артеријама и избор хируршке методе, као што је коронарни байпас.
- дијагностика неких ендокриних болести
- дијагностика плућне емболије (угрушака крви из вена ногу).

Од наведених 3 налаза неопходно је да има 2 (не старија од 6 мјесеци):

- Лабораторијски и биохемијски налази
- Доплер крвних судова главе и врата
- Ултразвук срца

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

ПОТВРДА О ЗАКАЗАНОМ ТЕРМИНУ ЗА ДИЈАГНОСТИЧКУ УСЛУГУ

☒ МР магнетне резонанце

☒ КТ компјутеризоване томографије

Име и презиме осигураног лица:	
Датум и вријеме заказане дијагностичке услуге	
Назив здравствене установе извршиоца услуге Контакт телефон	
Обавезно донијети на заказани преглед	Налаз уреа и креатинин не старији од 15 дана
	Медицинску документацију

Датум:

Доктор медицине

специјалиста породичне медицине

ТИМ број

Handwritten signature and initials

