

# ЛИСТА ПОМАГАЛА

## 1. Протетичка средства (протезе)

Табела 1

Шифра	Назив помагала	Индикације	Прописивање	Рок трајања најмање у месецима				Обавеза враћања помагала	Доплата
				I група до 7г	II група преко 7 до 18г	III група преко 18 до 65г	IV група преко 65г		
1	2	3	4	5				6	7
<b>Протезе за горње екстремитете</b>									
001	Естетска протеза шаке	Осигурано лице код кога постоји: - <i>St. post amputationem digitorum et manus</i> , Z89.0 или Z89.1 -урођени недостатак шаке или прстију ( <i>Aplasia manus et digiti (digitorum) congenita</i> Q.71.3)	За прво прописивање: -лекар спец. физикалне медицине Клинике за медицинску рехабилитацију Клиничког центра Војводине или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Крагујевац или Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију Клиничког центра Ниш или Специјалне болнице за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд, уз отпусну листу после извршене хируршке интервенције -лекарска комисија -овера филијале -провера функционалности За наредна прописивања -лекар спец. физикалне. медицине -овера филијале -провера функционалности	12	12	48	60	НЕ	ДА

138	Самолепљиви једноделни комплет за колостому	Осигурано лице са изведеном привременом или сталном колостомом; 30 самолепљивих једноделних комплета, а издаје се за период од три месеца	Код привремене колостоме - изабрани лекар на основу отпусне листе -лекарска комисија најдуже до 6 месеци -овера филијале Код сталне колостоме: За прво прописивање: изабрани лекар на основу отпусне листе -лекарска комисија -овера филијале За наредна прописивања код сталне колостоме: изабрани лекар	-	НЕ	НЕ
139	Диск подлога са кесама за уростому	Осигурано лице са изведеном уростомом: 10 дискова и до 30 кеса (месечно), а издаје се за период од три месеца	За прво прописивање: -изабрани лекар на основу отпусне листе -лекарска комисија -овера филијале За наредна прописивања: изабрани лекар	-	НЕ	НЕ
140	Самолепљиви једноделни комплет за уростому	Осигурано лице са изведеном уростомом: 30 самолепљивих једноделних комплета, а издаје се за период од три месеца	За прво прописивање: -изабрани лекар на основу отпусне листе -лекарска комисија -овера филијале За наредна прописивања: изабрани лекар	-	НЕ	НЕ
141	Крема за негу стоме	- иритирана кожа око илео, ветколо, коло или уростоме (највише четири за годину дана)	- изабрани лекар	-	НЕ	НЕ
220	Спреј за негу стоме	- иритирана кожа око илео, ветколо, коло или уростоме (највише четири за годину дана). Поматало се обезбеђује осигураном лицу уместо креме за негу стоме.	- изабрани лекар	-	НЕ	ДА
142	Паста за испуне ожилжних неравнина	- постојање ожилжака око стоме који онемогућавају несметану апликацију диска подлоге (највише две за годину дана)	- изабрани лекар	-	НЕ	НЕ
193	Силиконски улијајући фластер	Осигурано лице оболело од <i>Epididymolysis bullosa dystrophica</i> Q 81.2 -узраста до 5 година 8 комада месечно -узраста преко 5 до 10 година 10 комада месечно -узраста преко 10 до 16 година 12 комада месечно -узраста преко 16 година 14 комада месечно, а издаје се за период од три месеца	- изабрани лекар уз мишљење лекара спец. дерматовенерологије у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите	-	НЕ	НЕ
143	Трбушни еластични појас са отвором за стому	Осигурано лице са изведеном привременом или сталном стомом код кога постоји јако ослабљена мускулатура трбушног зида (Z93)	- изабрани лекар уз мишљење спец. хирургичке	12 месеци	НЕ	НЕ