Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 69/2023/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 21 kwietnia 2023 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikacja jego skuteczności |
| 1.2 | zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny | Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | L40.0 - Łuszczyca pospolita |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. leczenia biologicznego w łuszczycy plackowatej |
| 1.6 | jednostka koordynująca | Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy  04-141 Warszawa  ul. Szaserów 128 |
| 1.7 | kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego | lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii |
| 1.8 | zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | 1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego;  2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2. |
| 1.9 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta |

|  |
| --- |
| 2. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie Umiarkowanej i Ciężkiej Postaci Łuszczycy Plackowatej (ICD-10 L.40)  *dotyczy pacjentów kwalifikowanych do leczenia (wpisać lek)* ***………………*** *z powodu łuszczycy plackowatej wniosek standardowy/niestandardowy\**  *\*-niepotrzebne skreślić* |

1. Wiek: ………….…… Nr programu (jeśli nadany przez SMPT)……………………………………....

2. Płeć: ……………………………………………………………...…………..……….…..………….......

3. Inicjały pacjenta: ………………………………………………………...……………………….……...

4. Świadczeniodawca: …………………………………………………………………………………......

5. Dane kontaktowe osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko .......................................................................................................................................

telefon i adres email: ..............................................................................................................................

6. Lek wnioskowany: ….…………………………………………………………….……….………….…

7. Wcześniejsze leczenie klasyczną terapią ogólną:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Data rozpoczęcia leczenia  (rok-miesiąc-dzień) | Data zakończenia leczenia  (rok-miesiąc-dzień) | Dawka |
| Metotreksat |  |  | *(mg/tydzień) p.o /s.c* |
| Cyklosporyna |  |  | (mg/kg m.c./dobę) |
| Retinoid |  |  | (mg/kg m.c./dobę) |
| PUVA |  |  | X |

\*-niepotrzebne skreślić

8. Wcześniejsze leczenie biologiczne (z uwzględnieniem okresu stosowania leczenia oraz nazwy leku)

**………………………………………………………………………………………………………………**

9. Wyniki badań:

a. Krwinki białe (WBC) [G/I]… ………………………………………………

b. Krwinki czerwone (RBC) [mln/ul]… ………………………………………

c. MCV [fl]… ……………………………………………………………….

d. Hemoglobina [g/dl]…… ……………………………………………………

e. Hematokryt [%]…………………………………………………………….

f. Płytki krwi [G/I]… ……………………………………………………….

g. Granulocyty [G/l……………………………………………………………

h. Limfocyty [G/l]…… ………………………………………………………..

i. Kreatynina w surowicy [mg/dl]…… ……………………………………….

j. Badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza)....................................

k. Aspat [U/I]…… …………………………………………………………….

l. Alat [U/I]…… ……………………………………………………………

m. CRP [mg/l]…… …………………………………………………………….

n. HbsAg…………………………………………………………………………..

o. Anty-HCV…………………………………………………………………...

p. HIV Ag/Ab Combo…………………………………………………………………

q. Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon……………………..………

r. EKG …............................................................................................

10. Badanie RTG klatki piersiowej:

a. Data RTG…………………………………………………………………….

b. Wynik RTG…………………………………………………………………...

11. PASI.(data....……………)………………………………………………………………...

12. DLQI (data………………)……………………………………………………………….

13. BSA [%] (data………………)……………………………………………………………

14. Masa ciała pacjenta…(kg)……………………………………………………………………..

15. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu .................................................................

16. Opis pacjenta:

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Data: ……………………………………..

……………………………………….

*nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,*

*numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*