

**ZARZĄDZENIE NR 109/2024/DGL
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 7 listopada 2024 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593 i 1615) oraz na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe (z późn. zm.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 9 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu dokumentów wymaganych zgodnie z **załącznikami nr 9-12 oraz 14-34c** do zarządzenia, jeżeli opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu;”;

2) w § 10 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku, gdy opis programu lekowego przewiduje funkcjonowanie zespołu koordynacyjnego, ostateczna kwalifikacja świadczeniobiorcy do tego programu dokonywana jest zgodnie z zasadami określonymi w **załącznikach nr 9-12 oraz 14-34c** do zarządzenia.”;

3) § 19 otrzymuje brzmienie:

„§ 19. 1. Oznaczenie powołanych zespołów koordynacyjnych i zakres ich działania określają **załączniki nr 9-12 oraz 14-34c** do zarządzenia.

2. Składy zespołów koordynacyjnych określają **załączniki nr 35-38 oraz 40-60a** do zarządzenia.”;

4) § 20 otrzymuje brzmienie:

„§ 20. Zespoły koordynacyjne działają na podstawie regulaminów stanowiących **załączniki nr 61-64 oraz 66-89** do zarządzenia.”;

5) załącznik nr 1k do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

6) załącznik nr 1l do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 1m do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

9) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;

10) załącznik nr 5 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;

¹⁾ Zmienionym zarządzeniem nr 183/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2023 r., zarządzeniem nr 7/2024/DGL z dnia 24 stycznia 2024 r., zarządzeniem nr 49/2024/DGL z dnia 8 maja 2024 r. oraz zarządzeniem nr 76/2024/DGL z dnia 2 sierpnia 2024 r.

- 11) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 12) załącznik nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 12 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 14) uchyla się załącznik nr 13 do zarządzenia;
- 15) załącznik nr 15 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 16 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 19 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 18) załącznik nr 24 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;
- 19) załącznik nr 30 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 do niniejszego zarządzenia;
- 20) załącznik nr 34b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 22 do niniejszego zarządzenia;
- 21) uchyla się załącznik nr 39 do zarządzenia;
- 22) załącznik nr 41 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 15 do niniejszego zarządzenia;
- 23) załącznik nr 49 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 16 do niniejszego zarządzenia;
- 24) załącznik nr 50 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 17 do niniejszego zarządzenia;
- 25) załącznik nr 59 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 18 do niniejszego zarządzenia;
- 26) załącznik nr 60b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 23 do niniejszego zarządzenia;
- 27) załącznik nr 60c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 24 do niniejszego zarządzenia;
- 28) załącznik nr 61 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 19 do niniejszego zarządzenia;
- 29) załącznik nr 62 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 20 do niniejszego zarządzenia;
- 30) uchyla się załącznik nr 65 do zarządzenia;
- 31) załącznik nr 76 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 21 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia w terminie 30 dni od dnia jego wejścia w życie.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 października 2024 r.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia			5.08.07.0000001	5.08.07.0000002	5.08.07.0000003	5.08.07.0000004	5.08.07.00000025	5.08.07.0000004	5.08.07.00000018	5.08.07.00000026	5.08.07.0000023	5.08.07.0000009	5.08.07.00000027	5.08.07.00000029	5.08.07.00000030
nazwa świadczenia			hospitalizacja związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m związane z wykonaniem programu	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m połączone z podaniem iniekcji doszkliskowej w programie lekowym	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym m związane z wykonaniem programu	kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności	leczenie w warunkach domowych	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m związane z podaniem toksyny botulinowej typu A pod kontrolą elektromiografii i, stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii w leczeniu spastyczności kończyn	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m połączone z podaniem toksyny botulinowej typu A w leczeniu migreny przewlekłej	przyjęcie pacjenta połączone z podaniem Lutetium (177Lu) oxodotreotidi
wartość punktowa			486,72	540,80	486,72	900,00	678,72	108,16	378,56	324,48	338,00	koszt świadczenia zawarty w wycenie koncentratu czynnika krzepnięcia	378,56	378,56	745,79
Lp	Kod zakresu	Nazwa zakresu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B	x	x	x			x							
2	03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego	x		x			x							
3	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego I ub raka dróg żółciowych	x		x			x							
4	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x							
5	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	x		x			x							
6	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x							
7	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x							
8	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x			x				
9	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewłęką białaczkę szpikową	x		x			x							
10	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x			x	x			
11	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x							

12	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego		x	x			x							
13	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x			x				
14	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x			x				
15	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x			x				
16	03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	x	x	x			x			x				
17	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x			x				
18	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x			x				
19	03.0000.325.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x			x				
20	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x							
21	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x							
22	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x		x					
23	03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym		x	x			x							
24	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x							
25	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x							
26	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x		x	x				
27	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)			x			x		x	x				
28	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x		x	x				
29	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	x	x	x			x							

30	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	x	x	x			x			x				
31	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	x	x	x			x							
32	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x							
33	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x			x				
34	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x			x				
35	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x							
36	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	x	x	x			x		x	x				
37	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x							
38	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi	x		x			x							
39	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego	x		x			x							
40	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x							
41	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	x		x			x							
42	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	x		x			x					x		
43	03.0000.358.02	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	x		x			x							
44	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x	x	x			x							
45	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x			x				
46	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x							
47	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x			x				
48	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x			x				
49	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x							
50	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x							

51	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x		x				
52	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	x		x			x							
53	03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	x		x			x							
54	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							
55	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	x		x			x			x				
56	03.0000.376.02	Leczenie tyrozyneimii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x			x				
57	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x							
58	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x							
59	03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)	x		x			x							
60	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x		x	x				
61	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	x		x			x							
62	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x			x				
63	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							
64	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnomórkowego skóry	x		x			x			x				
65	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysciółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	x	x	x			x							
66	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x			x				
67	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	x	x	x			x			x				
68	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	x	x	x			x			x				

69	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x							
70	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x							
71	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii			x			x							
72	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x							
73	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x			x				
74	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x			x				
75	03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)						x	x		x				
76	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	x	x	x			x							
77	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x							
78	03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	x	x	x			x							
79	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x			x				
80	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x			x				
81	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	x	x	x			x			x				
82	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x							
83	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x							
84	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x							
85	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej	x		x			x							
86	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x							
87	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x							

88	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	x		x			x							
89	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x			x				
90	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x			x				
91	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x			x				
92	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry			x			x							
93	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	x		x			x			x				
94	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek						x							
95	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x							
96	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x			x				
97	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	x	x	x			x			x				
98	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	x	x	x			x			x				
99	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x							
100	03.0000.432.02	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	x	x	x			x							
101	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x						x	

10 2	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu	x		x			x							
10 3	03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc			x			x		x	x				
10 4	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x							
10 5	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	x					x			x				
10 6	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x			x				
10 7	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x							x
10 8	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x	X			x			x				
10 9	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x							
11 0	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x							
11 1	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	x	x	x			x			x				
11 2	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	x	x	x			x			x				
11 3	03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	x		x			x							
11 4	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	x		x			x							
11 5	03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekooporną						x							
11 6	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium	x		x			x							
11 7	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	x	x	x			x							

11 8	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	x		x			x		x	x				
11 9	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)		x	x			x			x				
12 0	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)						x							
12 1	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego			x			x							
12 2	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet			x			x							
12 3	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)		x	x			x			x				
12 4	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa			x			x							
12 5	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	x		x			x							
12 6	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	x	x	x			x			x				
12 7	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	x		x			x							
12 8	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	x		x			x							
12 9	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)			x			x							
13 0	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	x		x			x			x				
13 1	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	x		x			x			x				
13 2	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową	x	x	x			x							
13 3	03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	x	x	x			x			x				
Uwagi			- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- rozliczane raz na 3 miesiące (- 14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; - w przypadku realizacji zakresu o kodzie	- można łączyć ze świadczeniami z <i>Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych</i> w	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; produkt możliwy do rozliczenia	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e

								wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce; - w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.000002 6 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.000000 1, 5.08.07.000000 2, 5.08.07.000000 3, 5.08.07.000000 4; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	03.0000.312.02 oraz 03.0000.365.02 dotyczy tylko kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel m albo aksykabtagenem cyloleucelu albo breksukabtagene m autoleucelu przez zespół koordynacyjny	zakresie koncentratów czynników krzepnięcia - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	jedynie w przypadku zastosowania i wykazania do rozliczenia procedury zgodnie ze słownikiem ICD9: 89.394, 89.395 i/lub 88.793		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--	--

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Ryczałt roczny (punkty)
1	2	3	4	5
1	03.0000.301.02	5.08.08.00000001	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B lamiwudyną	2 595,84
2	03.0000.301.02	5.08.08.00000002	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52
3	03.0000.301.02	5.08.08.00000004	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B entekawirem lub tenofowirem	2 433,60
4	03.0000.305.02	5.08.08.00000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib)	3 706,00
5	03.0000.306.02	5.08.08.00000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	3 927,00
6	03.0000.308.02	5.08.08.00000068	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich (pazopanib)	2 102,63
7	03.0000.309.02	5.08.08.00000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	3 273,00
8	03.0000.309.02	5.08.08.00000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	3 210,60

9	03.0000.310.02	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	3 199,00
10	03.0000.314.02	5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	7 008,96
11	03.0000.315.02	5.08.08.0000021	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – lokalne centra leczenia hemofilii	3 244,80
12	03.0000.315.02	5.08.08.0000022	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – regionalne centra leczenia hemofilii	5 408,00
13	03.0000.317.02	5.08.08.0000024	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	2 633,70
14	03.0000.318.02	5.08.08.0000025	Diagnostyka w programie leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego	2 271,36
15	03.0000.319.02	5.08.08.0000026	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki – 1 rok terapii	1 654,00
16	03.0000.319.02	5.08.08.0000175	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki - 2 i kolejny rok terapii	658,00
17	03.0000.320.02	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60
18	03.0000.321.02	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96
19	03.0000.322.02	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Pompego	1 973,92
20	03.0000.323.02	5.08.08.0000030	Diagnostyka w programie leczenia choroby Gauchera typu I oraz typu III	1 460,16
21	03.0000.324.02	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92

22	03.0000.325.02	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia mukopolisacharydozy typu II	2 487,68
23	03.0000.327.02	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	711,15
24	03.0000.328.02	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
25	03.0000.329.02	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00
26	03.0000.330.02	5.08.08.0000037	Diagnostyka w programie leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	324,48
27	03.0000.331.02	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64
28	03.0000.332.02	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32
29	03.0000.333.02	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	778,75
30	03.0000.335.02	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	778,75
31	03.0000.336.02	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
32	03.0000.337.02	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	324,48
33	03.0000.338.02	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) hormonem wzrostu	1 784,64
34	03.0000.341.02	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68

35	03.0000.342.02	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	663,05
36	03.0000.344.02	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią astmy	984,80
37	03.0000.347.02	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	778,75
38	03.0000.354.02	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 1 rok terapii	2 790,00
39	03.0000.354.02	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 2 i kolejny rok terapii	768,00
40	03.0000.355.02	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 1 rok terapii	1 882,26
41	03.0000.355.02	5.08.08.0000200	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 2 i kolejny rok terapii	1 095,26
42	03.0000.356.02	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	2 758,08
43	03.0000.359.02	5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 1 rok terapii	6 289,00
44	03.0000.359.02	5.08.08.0000241	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 2 i kolejny rok terapii	4 715,40
45	03.0000.359.02	5.08.08.0000139	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 1 rok terapii	6 682,00
46	03.0000.359.02	5.08.08.0000242	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 2 i kolejny rok terapii	5 177,40

47	03.0000.362.02	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70
48	03.0000.364.02	5.08.08.0000072	Diagnostyka w programie leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	3 169,09
49	03.0000.365.02	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80
50	03.0000.366.02	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	1 674,80
51	03.0000.366.02	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	4 121,25
52	03.0000.367.02	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
53	03.0000.371.02	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 514,24
54	03.0000.373.02	5.08.08.0000081	Diagnostyka w programie leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza	458,60
55	03.0000.374.02	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
56	03.0000.376.02	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozyinemii typu 1 (HT-1)	4 542,72
57	03.0000.377.02	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	4 478,85
58	03.0000.382.02	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 1 rok terapii	1 060,00
59	03.0000.382.02	5.08.08.0000243	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 2 i kolejny rok terapii	150,00

60	03.0000.382.02	5.08.08.0000244	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 1 rok terapii	1 254,00
61	03.0000.382.02	5.08.08.0000245	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 2 i kolejny rok terapii	344,00
62	03.0000.385.02	5.08.08.0000094	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki paklitakselem z albuminą	5 314,00
63	03.0000.386.02	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	1 375,80
64	03.0000.387.02	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
65	03.0000.388.02	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	2 354,64
66	03.0000.389.02	5.08.08.0000098	Diagnostyka w programie leczenia ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	2 704,00
67	03.0000.390.02	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona – 1 rok leczenia	1 066,40
68	03.0000.390.02	5.08.08.0000201	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona - 2 i kolejny rok terapii	307,00
69	03.0000.312.02	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab) – 1 rok leczenia	2 728,50
70	03.0000.395.02	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - ekulizumab	6 021,33
71	03.0000.395.02	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii - ekulizumab	1 997,33
72	03.0000.395.02	5.08.08.0000212	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - rawulizumab	4 516,33

73	03.0000.395.02	5.08.08.0000213	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 2 rok terapii - rawulizumab	1 290,00
74	03.0000.396.02	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab, pegcetakoplan	4 083,00
75	03.0000.396.02	5.08.08.0000214	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab	4 083,00
76	03.0000.396.02	5.08.08.0000215	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - rawulizumab	1 661,00
77	03.0000.397.02	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
78	03.0000.398.02	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
79	03.0000.399.02	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
80	03.0000.377.02	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	3 705,85
81	03.0000.377.02	5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	1 502,40
82	03.0000.304.02	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	3 579,50
83	03.0000.312.02	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii	3 197,63
84	03.0000.312.02	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutinib, epkorytamab, glofitamab) – 2 i kolejny rok terapii	1 112,64
85	03.0000.350.02	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii)	4 282,40

86	03.0000.350.02	5.08.08.0000118	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem lub niraparybem	2 748,40
87	03.0000.381.02	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	870,50
88	03.0000.381.02	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	266,00
89	03.0000.401.02	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi alirokumabem, ewolokumabem lub inklisiranem	100,00
90	03.0000.401.02	5.08.08.0000246	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 1 rok terapii	225,00
91	03.0000.401.02	5.08.08.0000247	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 2 i kolejny rok terapii	150,00
92	03.0000.401.02	5.08.08.0000216	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 1 rok terapii	1 043,00
93	03.0000.401.02	5.08.08.0000217	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 2 i kolejny rok terapii	358,00
94	03.0000.402.02	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
95	03.0000.402.02	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
96	03.0000.379.02	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	4 016,40
97	03.0000.379.02	5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii	3 407,40
98	03.0000.404.02	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry’ego	2 493,00

99	03.0000.405.02	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) adalimumabem	2 574,00
100	03.0000.405.02	5.08.08.0000218	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 1 rok terapii	854,00
101	03.0000.405.02	5.08.08.0000219	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 2 rok terapii	427,00
102	03.0000.309.02	5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	3 218,00
103	03.0000.352.02	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem	2 956,00
104	03.0000.406.02	5.08.08.0000134	Diagnostyka w programie profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	1 120,00
105	03.0000.407.02	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00
106	03.0000.408.02	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	3 907,00
107	03.0000.408.02	5.08.08.0000220	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 2 i kolejny rok terapii	2 914,00
108	03.0000.408.02	5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	2 620,50
109	03.0000.408.02	5.08.08.0000222	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 2 i kolejny rok terapii	2 082,00
110	03.0000.409.02	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00

111	03.0000.410.02	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9 781,00
112	03.0000.411.02	5.08.08.0000141	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie – 1 rok terapii	840,00
113	03.0000.411.02	5.08.08.0000142	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie – 2 i kolejny rok terapii	212,00
114	03.0000.412.02	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 1 rok terapii	918,00
115	03.0000.412.02	5.08.08.0000248	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 2 i kolejny rok terapii	252,00
116	03.0000.413.02	5.08.08.0000144	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek	975,00
117	03.0000.414.02	5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib)	3 375,51
118	03.0000.415.02	5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 1 rok terapii	3 331,51
119	03.0000.415.02	5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 2 i kolejny rok terapii	1 410,00
120	03.0000.417.02	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
121	03.0000.418.02	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
122	03.0000.418.02	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50

123	03.0000.419.02	5.08.08.0000152	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii (sorafenib)	3 858,50
124	03.0000.419.02	5.08.08.0000153	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 2 i kolejny rok terapii (sorafenib)	1 554,00
125	03.0000.370.02	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja ¹	409,00
126	03.0000.370.02	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie ¹	205,00
127	03.0000.370.02	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja ¹	409,00
128	03.0000.370.02	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie ¹	249,00
129	03.0000.361.02	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00
130	03.0000.422.02	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenia zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00
131	03.0000.423.02	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
132	03.0000.423.02	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
133	03.0000.365.02	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu	4 780,00
134	03.0000.421.02	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80
135	03.0000.421.02	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	266,00

136	03.0000.424.02	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry	358,00
137	03.0000.425.02	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 622,00
138	03.0000.426.02	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
139	03.0000.427.02	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
140	03.0000.427.02	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51
141	03.0000.428.02	5.08.08.0000169	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii	1 053,40
142	03.0000.428.02	5.08.08.0000170	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii	443,00
143	03.0000.429.02	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 730,02
144	03.0000.429.02	5.08.08.0000172	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii	532,00
145	03.0000.430.02	5.08.08.0000173	Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	225,00
146	03.0000.312.02	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyleleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukabtagenem autoleucelu – monitorowanie terapii	4 780,00
147	03.0000.431.02	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	3 462,00
148	03.0000.431.02	5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	1 262,00

149	03.0000.432.02	5.08.08.0000178	Diagnostyka w programie zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	1 204,00
150	03.0000.434.02	5.08.08.0000179	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 1 rok terapii	583,70
151	03.0000.434.02	5.08.08.0000180	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 2 i kolejny rok terapii	132,00
152	03.0000.435.02	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 1 rok terapii	1 458,00
153	03.0000.435.02	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 2 i kolejny rok terapii	831,00
154	03.0000.437.02	5.08.08.0000183	Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	50 000,00
155	03.0000.309.02	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	4 845,00
156	03.0000.358.02	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	3 878,00
157	03.0000.358.02	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego pembrolizumabem	4 140,00
158	03.0000.358.02	5.08.08.0000223	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka niwolumabem	4 140,00
159	03.0000.385.02	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	2 650,20
160	03.0000.438.02	5.08.08.0000188	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 1 rok terapii	2 331,70

161	03.0000.438.02	5.08.08.0000189	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 2 i kolejny rok terapii	934,50
162	03.0000.439.02	5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii	7 695,86
163	03.0000.440.02	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku moczniowego – 1 rok terapii	1 502,02
164	03.0000.440.02	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu moczniowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00
165	03.0000.441.02	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	2 045,95
166	03.0000.441.02	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	1 434,80
167	03.0000.442.02	5.08.08.0000198	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii	1 492,02
168	03.0000.442.02	5.08.08.0000199	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 2 i kolejny rok terapii	352,00
169	03.0000.443.02	5.08.08.0000202	Diagnostyka w programie leczenia kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	1 649,50
170	03.0000.444.02	5.08.08.0000203	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 1 rok leczenia	4 844,00
171	03.0000.444.02	5.08.08.0000204	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 2 i kolejny rok terapii	2 832,00
172	03.0000.414.02	5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	897,00
173	03.0000.414.02	5.08.08.0000206	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii	484,00

174	03.0000.445.02	5.08.08.0000207	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii	3 160,60
175	03.0000.445.02	5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	999,00
176	03.0000.446.02	5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	3 184,30
177	03.0000.446.02	5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	2 107,20
178	03.0000.447.02	5.08.08.0000211	Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną	177,00
179	03.0000.449.02	5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	1 087,00
180	03.0000.448.02	5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	3 302,80
181	03.0000.448.02	5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	1 622,40
182	03.0000.450.02	5.08.08.0000227	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 1 rok terapii	2 030,00
183	03.0000.450.02	5.08.08.0000228	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 2 i kolejny rok terapii	566,00
184	03.0000.309.02	5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 541,00
185	03.0000.309.02	5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	4 181,00
186	03.0000.451.02	5.08.08.0000231	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 1 rok terapii	825,00

187	03.0000.451.02	5.08.08.0000232	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 2 i kolejny rok terapii	375,00
188	03.0000.419.02	5.08.08.0000233	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1-3 rok terapii (kabozatynib)	4 833,50
189	03.0000.419.02	5.08.08.0000234	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 4 i kolejny rok terapii (kabozatynib)	2 173,00
190	03.0000.453.02	5.08.08.0000235	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	375,00
191	03.0000.454.02	5.08.08.0000236	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00
192	03.0000.455.02	5.08.08.0000237	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 1 i 2 rok terapii	1 926,00
193	03.0000.455.02	5.08.08.0000238	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 3 i kolejny rok terapii	1 284,00
194	03.0000.452.02	5.08.08.0000239	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 1 rok terapii	705,60
195	03.0000.452.02	5.08.08.0000240	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 2 i kolejny rok terapii	540,00
196	03.0000.457.02	5.08.08.0000249	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 1 rok terapii	2 025,00
197	03.0000.457.02	5.08.08.0000250	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	610,00
198	03.0000.457.02	5.08.08.0000251	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	975,00
199	03.0000.457.02	5.08.08.0000252	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 2 i kolejny rok terapii	900,00

200	03.0000.458.02	5.08.08.0000253	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 1 rok terapii	2 825,50
201	03.0000.458.02	5.08.08.0000254	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 2 i kolejny rok terapii	2 125,00
202	03.0000.459.02	5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 1 rok terapii	3 928,00
203	03.0000.459.02	5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 2 i kolejny rok terapii	3 199,00
204	03.0000.456.02	5.08.08.0000257	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 1 rok terapii	888,00
205	03.0000.456.02	5.08.08.0000258	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 2 i kolejny rok terapii	225,00
206	03.0000.460.02	5.08.08.0000259	Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab)	408,00
207	03.0000.461.02	5.08.08.0000260	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 1 rok terapii	433,00
208	03.0000.461.02	5.08.08.0000261	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 2 i kolejny rok terapii	150,00
209	03.0000.462.02	5.08.08.0000262	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 1 rok terapii	1 664,00
210	03.0000.462.02	5.08.08.0000263	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 2 i kolejny rok terapii	1 119,05
211	03.0000.462.02	5.08.08.0000264	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii	2 435,20
212	03.0000.462.02	5.08.08.0000265	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii	900,40

213	03.0000.463.02	5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	8 877,20
214	03.0000.463.02	5.08.08.0000267	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii	7 230,20
215	03.0000.464.02	5.08.08.0000268	Diagnostyka w programie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową	3 300,80
216	03.0000.465.02	5.08.08.0000269	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) - 1 rok terapii	1 691,40
217	03.0000.465.02	5.08.08.0000270	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) – 2 i kolejny rok terapii	753,50
218	03.0000.305.02	5.08.08.0000271	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 1 rok terapii	3 265,60
219	03.0000.305.02	5.08.08.0000272	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 2 i kolejny rok terapii	1 852,00
220	03.0000.375.02	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)	786,60
221	03.0000.375.02	5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	456,00
222	03.0000.375.02	5.08.08.0000275	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (tocilizumab)	383,60
223	03.0000.375.02	5.08.08.0000276	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (tocilizumab)	150,00

¹ Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych

zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Lp	Kod substancji czynnej	Substancja czynna	Droga podania	Wielkość	Jednostka	Waga punktowa jednostki leku [pkt.] [1 pkt = 1 PLN]	Kod GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Nazwa, postać i dawka leku
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5.08.09.0000001	Adalimumabum ¹	inj.	1	mg	1	08715131019761	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							08715131019808	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421020880	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							07613421020897	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034213	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034220	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg
							05996537014243	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537014250	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537016087	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg, 1 wstrzykiwacz

								0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem
2	5.08.09.0000003	Alglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990623853	Myozyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 0,05 g
3	5.08.09.0000005	Betainum anhydricum	p.o.	1	mg	1	03663502000441	Cystadane, proszek doustny, 1 g
4	5.08.09.0000006	Bevacizumabum ¹	inj.	1	mg	1	08715131021863	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05901797710972	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991451332	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05996537008044	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
5	5.08.09.0000008	Bosentanum ¹	p.o.	1	mg	1	05909991102869	Bopaho, tabl. powł., 125 mg
							05907626708004	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg
							05909991488529	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg
6	5.08.09.0000011	Cinacalcetum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990016297	Mimpara, tabl. powł., 30 mg
							05909990016341	Mimpara, tabl. powł., 60 mg
							05909990016389	Mimpara, tabl. powł., 90 mg
							05909991417192	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg
							05909991417253	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg
							05909991417314	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg
							05055565762707	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg
							05055565762714	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg
							05055565762721	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg
7	5.08.09.0000012	Darbepoetinum alfa	inj.	1	mcg	1	05909990738779	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml
							05909990738793	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml

							05909990738847	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml
							05909990738861	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml
							05909990738885	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml
8	5.08.09.0000015	Entekavirum ¹	p.o.	1	mg	1	05055565742532	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05055565742549	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 1 mg
							05906414003123	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 0,5 mg
							05906414003130	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 1 mg
							05909991369576	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05909991369590	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg
							05909991363734	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg
							05909991363826	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg
9	5.08.09.0000016	Epoetinum alfa	inj.	1000	j.m.	1	05909990072378	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml
							05909990072392	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml
							05909990072439	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml
							05909990072453	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml
10	5.08.09.0000018	Etanerceptum ¹	inj.	1	mg	1	05909990618255	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg
							05909990712755	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg
							09002260025770	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg, 4 amp.-strzyk. 0,5 ml
							09002260025794	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk.

							09002260025787	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze 1 ml
11	5.08.09.0000020	Factor IX coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990643110	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.
							05909990645220	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.
							05909990799367	Octanine F 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990799374	Octanine F 1000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
12	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinat	inj.	1	j.m.	1	05909990057184	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990057191	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990057207	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990057221	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991210120	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml
							05909991210137	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml
							05909991210090	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml

							05909991210144	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml
							05909991210106	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml
							07350031441673	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							07350031441680	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
							07350031441659	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							07350031441697	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
							07350031441666	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
							05909991326180	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991326197	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991326166	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991326173	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
13	5.08.09.0000022	Factor VIII coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990573554	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.

							05909990573561	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.
							05909990573615	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.
							05909990825301	Octanate 250 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990825332	Octanate 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990825349	Octanate 1 000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991213695	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.
							05909991213688	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.
14	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinante	inj.	1	j.m.	1	05909990224302	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990224340	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990224357	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909990224333	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990697441	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909990697458	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,

							3000 j.m.
						05909991246457	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
						05909991246464	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
						05909991246488	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
						05909991246495	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU
						05909991246501	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
						05909991246518	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
						05909990819515	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)
						05909990010554	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)
						05909990819317	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)
						05909990819416	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)
						00642621067125	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.

							00642621067132	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							00642621067101	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							00642621067118	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
15	5.08.09.0000026	Glatirameri acetat ¹	inj.	1	mg	1	05909990017065	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml
							05909991216382	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml; 12 amp.-strz.po 1 ml
							05909991282882	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml
16	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
17	5.08.09.0000029	Iloprostum	inh.	1	mcg	1	05909990609079	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml
							05908229300633	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml
18	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
19	5.08.09.0000032	Immunoglobulinum humanum ¹	inj.	1	mg	1	05909990049851	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990049875	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990049882	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990425143	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425150	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425167	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425174	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425181	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990782208	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725786	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725793	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml

							05909990725809	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725823	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990797868	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909990797875	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909991078676	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
20	5.08.09.0000033	Infliximabum ¹	inj.	1	mg	1	05909991086305	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05713219492751	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421020903	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
21	5.08.09.0000038	Interferonum beta 1a a 30 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990008148	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
							05909991001407	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
22	5.08.09.0000039	Interferonum beta 1a a 44 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990728497	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
							05909990874934	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
23	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
24	5.08.09.0000041	Lamivudinum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powł., 100 mg
							05909991464127	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 100 mg
25	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
26	5.08.09.0000045	Mecaserninum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
27	5.08.09.0000047	Nilotinibum	p.o.	1	mg	1	05909990073535	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg
28	5.08.09.0000048	Palivizumabum	inj.	1	mg	1	05000456067720	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 0,5 ml
							05000456067713	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100

								mg/ml, 1 ml
29	5.08.09.0000050	Peginterferonum alfa-2a	inj.	1	mcg	1	05909990984718	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml
							05909990984817	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml
							05902768001013	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml
30	5.08.09.0000054	Rituximabum ¹	inj.	1	mg	1	07613421032975	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421032982	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							05415062360507	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05415062360521	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
31	5.08.09.0000055	Sildenafilum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990967780	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml
							05903060610545	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg
							05055565731932	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991355715	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991338015	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg
							05909991408299	Silungo, tabl. powl., 20 mg
32	5.08.09.0000056	Somatropinum	inj.	1	mg	1	05909990050161	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)
							05909990072897	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)
							05909990887170	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg
							05909990887095	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg
33	5.08.09.0000057	Sorafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990588169	Nexavar, tabl. powl., 200 mg
34	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum ¹	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg

							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg
35	5.08.09.0000061	Tobramycinum ¹	inh.	1	mg	1	05909990045976	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml
							05909991308292	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
							05909991321444	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
36	5.08.09.0000062	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 100	inj.	1	j.m.	1	05909990674817	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A
37	5.08.09.0000063	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 500	inj.	1	j.m.	1	05909990729227	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.
38	5.08.09.0000090	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 300	inj.	1	j.m.	1	05909991072094	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.
39	5.08.09.0000066	Treprostynilum ¹	inj.	1	mg	1	05909990046805	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909990046850	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909990046867	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909991418618	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909991418649	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
							05909991418625	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909991418632	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990046874	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
40	5.08.09.0000067	Triptorelinum	inj.	1	mg	1	05909990486915	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg
41	5.08.09.0000068	Omalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
42	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
43	5.08.09.0000071	Fingolimodum	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg

44	5.08.09.0000072	Tocilizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990678259	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678266	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678273	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							04052682073342	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml
							04052682073366	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 20 ml
							04052682073328	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
45	5.08.09.0000073	Ustekinumabum ¹	s.c.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg
							05413868122589	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg
							08809593173120	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							08809593173113	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							04011548045800	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							04011548045817	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
46	5.08.09.0000075	Pazopanibum	p.o.	1	mg	1	05909990764877	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764884	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764891	Votrient, tabl. powl., 400 mg
							05909990764907	Votrient, tabl. powl., 400 mg
47	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg
48	5.08.09.0000080	Natalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
49	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg

50	5.08.09.0000086	Ipilimumabum	inj.	1	mg	1	05909990872442	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
							05909990872459	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
51	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
52	5.08.09.0000091	Afatinibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powł., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powł., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powł., 40 mg
53	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
54	5.08.09.0000093	Epoprostenolum	inj.	1	mg	1	05909991089085	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg
							05909991089092	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg
55	5.08.09.0000094	Paricalcitolum	inj.	1	mcg	1	04046241091243	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml
							04046241079906	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml
56	5.08.09.0000095	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							04057598023047	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml
57	5.08.09.0000096	Ranibizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990000005	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10mg/ml
							05909991497316	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							04260764190058	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
58	5.08.09.0000100	Dabrafenibum	p.o.	1	mg	1	05909991078584	Tafinlar, kaps., 50 mg; 28 kaps.
							05909991078591	Tafinlar, kaps., 50 mg; 120 kaps.
							05909991078607	Tafinlar, kaps., 75 mg; 28 kaps
							05909991078645	Tafinlar, kaps., 75 mg; 120 kaps.
59	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powł., 10 mg; 30 tabl.

60	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powł., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powł., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg; 42 tabl.
61	5.08.09.0000104	Ledipasvirum, sofosbuvirum	p.o.	1	mg	1	05391507141217	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg; 28 szt.
62	5.08.09.0000105	Nitisinonum ¹	p.o.	1	mg	1	07350031442182	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg
							07350031442267	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg
							07350031441833	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg
							07350031442229	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg
63	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
64	5.08.09.0000108	Dimethylis fumaras	p.o.	1	mg	1	00646520415445	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg; 14 kaps.
							00646520415452	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg; 56 kaps.
65	5.08.09.0000109	Nivolumabum	inj.	1	mg	1	05909991220501	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 4 ml
							05909991220518	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 10 ml
66	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
67	5.08.09.0000111	Peginterferonum beta- 1a	inj.	1	mcg	1	00646520437201	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
							00646520442113	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
68	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.
69	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg

70	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
71	5.08.09.0000118	Paclitaxelum albuminatum	inj.	1	mg	1	05909990930265	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml
72	5.08.09.0000119	Pirfenidonum ¹	p.o.	1	mg	1	07613421107284	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg
							07613421107277	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg
							07613421107291	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg
							05909991494223	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg
							05909991494230	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 801 mg
							05909991497118	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg
							05909991497125	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg
							05909991497156	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 801 mg
							05909991494193	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg
73	5.08.09.0000120	Ruxolitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991053758	Jakavi, tabl., 5 mg
							05909991053789	Jakavi, tabl., 15 mg
							05909991053833	Jakavi, tabl., 20 mg
							05909991198282	Jakavi, tabl., 10 mg
74	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
75	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powł., 2 mg
76	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powł., 20 mg
77	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
78	5.08.09.0000126	Teriflunomidum ¹	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powł., 14 mg
							07613421163334	Terebyo, tabl. powł., 14 mg
79	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
80	5.08.09.0000128	Bosutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991056841	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg
							05909991056865	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg
81	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991195137	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg
							05413868117011	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg
							05413868117028	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg

							05413868117035	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg
							05909991195144	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg
							05413868117042	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg
82	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991415242	Xtandi, tabl. powł., 40 mg
83	5.08.09.0000132	Mepolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991246617	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407148	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407018	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
84	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
85	5.08.09.0000135	Tocilizumabum ¹	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
							04052682073373	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
							04052682073397	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
86	5.08.09.0000136	Everolimusum	p.o.	1	mg	1	05909990900565	Votubia, tabl., 2,5 mg
							05909990900589	Votubia, tabl., 5 mg
							05909990900602	Votubia, tabl., 10 mg
87	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum ¹	s.c.	1	mg	1	05909990869541	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869572	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869657	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909991067380	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml; 1 fiol.a 50 ml
							05909991072872	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 25 ml
							05909991072889	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 50 ml
							05909991072896	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 100 ml
							05909991072902	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 200 ml

							05909991072926	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 300 ml
							05909991292898	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292874	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292904	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292881	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
88	5.08.09.0000138	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	05909991039462	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991039400	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
89	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
90	5.08.09.0000141	Eculizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							08715131025755	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
91	5.08.09.0000142	Eltrombopagum	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg
							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
92	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
93	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
94	5.08.09.0000145	Cabozantinibum	p.o.	1	mg	1	03582186003947	Cabometyx, tabletki powlekane, 20 mg
							03582186003954	Cabometyx, tabletki powlekane, 40 mg
							03582186003961	Cabometyx, tabletki powlekane, 60 mg
95	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	03663502003534	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							03663502003527	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg

							03663502003510	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							03663502003503	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
96	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
97	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
98	5.08.09.0000149	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991203894	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203887	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203900	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg
99	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
100	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
101	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
102	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
103	5.08.09.0000154	Pomalidomidum	p.o.	1	mg	1	05909991185589	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg
							05909991185596	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg
							05909991185602	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg
							05909991185619	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg
104	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
							07613421040130	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
							07613421049416	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 mg
105	5.08.09.0000156	Atezolizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001167	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg/20 ml
							07613326025546	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg
106	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg

107	5.08.09.0000158	Venetoclaxum	p.o.	1	mg	1	08054083013688	Venclyxto, tabletki powlekane, 10 mg
							08054083013916	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013701	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013695	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013718	Venclyxto, tabletki powlekane, 50 mg
108	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
109	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
110	5.08.09.0000161	Daratumumabum	inj.	1	mg	1	05909991275235	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol. 20 ml
							05909991275228	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol. 5 ml
111	5.08.09.0000162	Carfilzomibum	inj.	1	mg	1	05909991298463	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg
							05909991298470	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
							05909991256388	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg
112	5.08.09.0000163	Agalsidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990999514	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji; 1 mg/ml; 1 fiol. 3,5 ml
113	5.08.09.0000164	Agalsidasum beta	inj.	1	mg	1	05909990013654	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg; 1 fiol.
							05909990971213	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg; 1 fiol.
114	5.08.09.0000165	Palbociclibum	p.o.	1	mg	1	05415062353684	Ibrance, tabl. powl., 100 mg
							05415062353691	Ibrance, tabl. powl., 125 mg
							05415062353677	Ibrance, tabl. powl., 75 mg
115	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
116	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powl., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powl., 2 mg

117	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg
							05415062388723	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml
118	5.08.09.0000169	Ustekinumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							08809593173106	Pyzhiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
119	5.08.09.0000170	Benralizumabum	inj.	1	mg	1	05000456031516	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg
							05000456059213	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg
120	5.08.09.0000171	Cladribinum	p.o.	1	mg	1	04054839365331	Mavenclad, tabl., 10 mg
							04054839365348	Mavenclad, tabl., 10 mg
							04054839365355	Mavenclad, tabl., 10 mg
121	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
122	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
123	5.08.09.0000174	Trifluridinum, tipiracilum	p.o.	1	mg	1	05901571320618	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320625	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320632	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
							05901571320649	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
124	5.08.09.0000175	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 100	inj.	1	j.	1	05909990643950	Xeomin, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.
125	5.08.09.0000177	Trastuzumabum emtansinum	inj.	1	mg	1	05902768001044	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05902768001051	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg
126	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
127	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
128	5.08.09.0000180	Pegvisomantum	s.c.	1	mg	1	05909990006281	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg

							05909990006298	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg
							05415062315958	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg
							05415062315965	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
129	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg
130	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenios, tabl. powł., 100 mg
							05014602500993	Verzenios, tabl. powł., 150 mg
							05014602500979	Verzenios, tabl. powł., 50 mg
131	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powł., 15 mg
132	5.08.09.0000184	Brigatinibum	p.o.	1	mg	1	07038319119956	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg
							07038319119963	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg
							07038319119970	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg
							07038319119987	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg
133	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
134	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
135	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
							05413868116687	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
136	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powł., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powł., 45 mg
137	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	08054083019277	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml
							08054083023021	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
138	5.08.09.0000190	Romiplostim	s.c.	1	mcg	1	08715131018139	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg

							05909990766994	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg
139	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167112205	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg
140	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
141	5.08.09.0000193	Selexipagum	p.o.	1	mcg	1	07640111932796	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg
							07640111932802	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg
							07640111932819	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg
							07640111932826	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg
							07640111932833	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932758	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932765	Uptravi, tabl. powl., 400 µg
							07640111932772	Uptravi, tabl. powl., 600 µg
							07640111932789	Uptravi, tabl. powl., 800 µg
142	5.08.09.0000194	Durvalumabum	inj.	1	mg	1	05000456031493	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml;
							05000456031486	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 2,4 ml
143	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
144	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg
145	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
146	5.08.09.0000198	Ixazomibum	p.o.	1	mg	1	03400930077696	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg
							03400930077719	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg
							03400930077726	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg
147	5.08.09.0000199	Midostaurinum	p.o.	1	mg	1	05909991341527	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 112 szt.

							05909991353995	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 56 szt.
148	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg
149	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powl., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powl., 150 mg
150	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg
151	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg
152	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	00642621076103	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 amp.-strzyk.
153	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	03663502001011	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
154	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw ²	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek
155	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powl., 150 mg
156	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
157	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
158	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
159	5.08.09.0000212	Dupilumabum	s.c.	1	mg	1	05909991341435	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991404741	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
							05909991490614	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991490591	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
160	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg
161	5.08.09.0000214	Tolvaptanum	p.o.	1	mg	1	05038256002115	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg
							05038256002122	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg
							05038256002139	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg
162	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg

163	5.08.09.0000216	Etanerceptum	inj.	1	mg	1	05909990777938	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml
							05909990880881	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml
164	5.08.09.0000217	Niraparibum	p.o.	1	mg	1	05909991425487	Zejula, kaps. twarde, 100 mg, 56 szt.
							05909991425494	Zejula, kaps. twarde, 100 mg, 84 szt.
							05909991515201	Zejula, tabl. powł., 100 mg, 56 szt.
							05909991515218	Zejula, tabl. powł., 100 mg, 84 szt.
165	5.08.09.0000218	Givosiranum ³	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
166	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg		05413868117059	Erleada, tabl. powł., 60 mg
167	5.08.09.0000220	Atalurenium	p.o.	1	mg	1	05391528830510	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg
							05391528830497	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg
							05391528830503	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg
168	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg
169	5.08.09.0000222	Ivacaftorum Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulaty, 125+100 mg
							00351167131800	Orkambi, granulaty, 188+150 mg
170	5.08.09.0000223	Ivacaftorum Tezacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167136102	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg
							00351167144404	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg
171	5.08.09.0000224	Ivacaftorum Tezacaftorum Elexacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg
172	5.08.09.0000225	Lumasiranum ³	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
173	5.08.09.0000226	Axicabtagene ciloleucel	inj.	1	worek ²	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek
174	5.08.09.0000227	Polatuzumabum vedotinum	inj.	1	mg	1	07613326024143	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg

							07613326029353	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg
175	5.08.09.0000228	Denosumabum	inj.	1	mg	1	05909990935024	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
176	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
177	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
178	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
179	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powł., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powł., 480 mg
180	5.08.09.0000233	Siltuximabum	inj.	1	mg	1	05060146292276	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05060146292481	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
181	5.08.09.0000234	Upadacitinibum	p.o.	1	mg	1	08054083020334	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg
							08054083022994	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg
							08054083024189	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg
182	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
183	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg
184	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powł., 40 mg
185	5.08.09.0000238	Imlifidasum ³	inj.	1	fiol.	1	07350118290033	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
							07350118290040	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
186	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³

								vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
							05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
							05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
							05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
187	5.08.09.0000240	Pretomanidum ³	p.o.	1	mg	1	05901797711139	Dovprela, tabl., 200 mg
188	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml

189	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powł., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powł., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg
190	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml
191	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg
192	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
193	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
194	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
195	5.08.09.0000248	Ozanimodum	p.o.	1	mg	1	07640133688220	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg
							07640133688237	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg
196	5.08.09.0000249	Ponesimodum	p.o.	1	mg	1	05413868120363	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							05413868120370	Ponvory, tabl. powł., 20 mg
							04150172422851	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
197	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
198	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum ³	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
199	5.08.09.0000252	Satralizumabum ³	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
200	5.08.09.0000253	Siponimodum	p.o.	1	mg	1	07613421024598	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg
							07613421034931	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg
							07613421024581	Mayzent, tabl. powł., 2 mg
							07613421058906	Mayzent, tabl. powł., 1 mg
201	5.08.09.0000254	Talazoparibum	p.o.	1	mg	1	05415062348826	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg
							05415062348789	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg
202	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456071116	Calquence, tabl. powł., 100 mg
203	5.08.09.0000256	Avatrombopag	p.o.	1	mg	1	07350031443110	Doptelet, tabl. powł., 20 mg, 10 szt.

							07350031443127	Doptelet, tabl. powł., 20 mg, 15 szt.
							07350031443134	Doptelet, tabl. powł., 20 mg, 30 szt.
204	5.08.09.0000257	Elotuzumabum	inj.	1	mg	1	08027950032181	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
							08027950032198	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
205	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
206	5.08.09.0000259	Luspaterceptum	s.c.	1	mg	1	07640133688244	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
							07640133688251	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg
207	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
208	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)
209	5.08.09.0000262	Acidum carglumicum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990213894	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08718858150847	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
210	5.08.09.0000263	Bimekizumabum	s.c.	1	mg	1	05413787220618	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 2 wstrzykiwacze 1 ml
							05413787222452	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 1 wstrzykiwacz 1 ml
211	5.08.09.0000265	Larotrectinibum	p.o.	1	mg	1	04057598011815	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg
							04057598011792	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg
							04057598012287	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml
212	5.08.09.0000266	Azacitidine	p.o.	1	mg	1	07640133688435	Onureg, tabl. powł., 200 mg
							07640133688442	Onureg, tabl. powł., 300 mg
213	5.08.09.0000267	Filgotinibum	p.o.	1	mg	1	05430002329178	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg
214	5.08.09.0000268	Tafasitamabum ³	inj.	1	mg	1	09088885500694	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg

215	5.08.09.0000269	Esketaminum	n.	1	mg	1	05413868117400	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg
216	5.08.09.0000270	Isatuximabum	inj.	1	mg	1	05909991427832	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 25 ml
							05909991427818	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 5 ml
217	5.08.09.0000271	Tucatinibum	p.o.	1	mg	1	08720295000180	Tukysa, tabl. powł., 150 mg
							08720295000173	Tukysa, tabl. powł., 50 mg
218	5.08.09.0000272	Zanubrutinibum	p.o.	1	mg	1	08720598340112	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg
219	5.08.09.0000273	Anifrolumabum	inj.	1	mg	1	05000456072700	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg, 1 fiol. 2 ml
220	5.08.09.0000274	Brexucabtagene autoleucel ⁵	inj.	1	worek ²	1	05909991460662	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek
221	5.08.09.0000275	Dostarlimabum	inj.	1	mg	1	05909991449872	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
222	5.08.09.0000276	Lomitapidum	p.o.	1	mg	1	05397203001220	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg
							05397203001237	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg
							05397203001213	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg
223	5.08.09.0000277	Pegcetakoplan	inj.	1	mg	1	07350031443950	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 1 fiol. 20 ml
							07350031443967	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 8 fiol. 20 ml
224	5.08.09.0000278	Ravulizumabum	inj.	1	mg	1	05391527740162	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg
							05391527740179	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
225	5.08.09.0000279	Roxadustatum	p.o.	1	mg	1	05909991458720	Evrenzo, tabl. powł., 100 mg
							05909991458737	Evrenzo, tabl. powł., 150 mg
							05909991458690	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg
							05909991458706	Evrenzo, tabl. powł., 50 mg
							05909991458713	Evrenzo, tabl. powł., 70 mg
226	5.08.09.0000280	Selpercatinibum ³	p.o.	1	mg	1	08586009570529	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg
							08586009570536	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg
227	5.08.09.0000281	Sotorasibum	p.o.	1	mg	1	08715131024895	Lumykras, tabl. powł., 120 mg

228	5.08.09.0000282	Abrocitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062384565	Cibinqo, tabl. powł., 100 mg
							05415062384572	Cibinqo, tabl. powł., 200 mg
							05415062384558	Cibinqo, tabl. powł., 50 mg
229	5.08.09.0000283	Asciminibum	p.o.	1	mg	1	07613421131616	Scemblix, tabl. powł., 20 mg
							07613421131623	Scemblix, tabl. powł., 40 mg
230	5.08.09.0000284	Burosumabum	s.c.	1	mg	1	05038903003915	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg
							05038903003922	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							05038903003939	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg
231	5.08.09.0000285	Enfortumabum vedotini ³	inj.	1	mg	1	05909991487430	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991487447	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg
232	5.08.09.0000286	Tralokinumabum	s.c.	1	mg	1	03400930230268	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg
233	5.08.09.0000287	Trastuzumabum deruxtecanum	inj.	1	mg	1	04260161043629	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
234	5.08.09.0000288	Avalglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909991472474	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
235	5.08.09.0000289	Cannabidiolum ⁴	p.o.	1	mg	1	05055813900103	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml
236	5.08.09.0000290	Farycymab	inj.	1	mg	1	07613326050708	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
237	5.08.09.0000291	Odevixibat ³	p.o.	1	mcg	1	09120121720043	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg
							09120121720012	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg
							09120121720029	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg
							09120121720036	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg
238	5.08.09.0000292	Selumetinibum	p.o.	1	mg	1	05000456070058	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg
							05000456070065	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg
239	5.08.09.0000293	Efgartigimod alfa	inj.	1	mg	1	04150179912881	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg
240	5.08.09.0000294	Nivolumabum + Relatlimab	inj.	1	mg	1	08027950800476	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg

241	5.08.09.0000295	Olipudaza alfa ³	inj.	1	mg	1	05909991490508	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991513696	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg
242	5.08.09.0000296	Tezepelumabum	s.c.	1	mg	1	05000456076166	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg
							05000456075725	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg
243	5.08.09.0000297	Natalizumabum	s.c.	1	mg	1	05713219560252	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
244	5.08.09.0000298	Emicizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326004442	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,4 ml
							07613326004534	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,7 ml
							07613326004763	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
							07613326004756	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
245	5.08.09.0000299	Mavacamtenum	p.o.	1	mg	1	08027950800742	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg
							08027950800759	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg
							08027950800728	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg
							08027950800735	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg
246	5.08.09.0000300	Mogamulizumabum	inj.	1	mg	1	05038903004233	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml
247	5.08.09.0000301	Mosunetuzumabum	inj.	1	mg	1	07613326061001	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg
							07613326061087	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
248	5.08.09.0000302	Romozumabum	inj.	1	mg	1	05413787222025	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg/ml
249	5.08.09.0000303	Tafamidisum	p.o.	1	mg	1	05415062359426	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg
250	5.08.09.0000304	Tebentafuspum ³	inj.	1	fiol.	1	05056416800036	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml
251	5.08.09.0000305	Foslevodopum + Foscarbidopum	inj.	1	mg	1	08054083025162	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml
252	5.08.09.0000306	Asfotasum alfa	inj.	1	fiol.	1	05391527745112	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 12 fiol. po 0,8 ml

							05391527745143	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,45 ml
							05391527745136	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,70 ml
							05391527745129	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 1 ml
253	5.08.09.0000307	Caplacizumabum	inj.	1	mg	1	05909991413385	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg
254	5.08.09.0000308	Epcoritamabum	inj.	1	mg	1	08054083026503	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml
							08054083026497	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg
255	5.08.09.0000309	Glofitamabum	inj.	1	mg	1	07613326068468	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg
							07613326068871	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg
256	5.08.09.0000310	Somatrogonum	s.c.	1	mg	1	05415062388037	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg
							05415062388044	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg
257	5.08.09.0000311	Teclistamabum	s.c.	1	mg	1	05413868121575	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							05413868121582	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml

¹ - substancja czynna, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia

² - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

³ - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

⁴ - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji - dotyczy wyłącznie programu lekowego B.154.FM

⁵ - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji - dotyczy wyłącznie programu B.12.FM

Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych

CZĘŚĆ WSPÓLNA		
wymagania formalne	Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający specjalność lub profil komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego zgodne ze szczegółowymi wymaganiami określonymi dla każdego programu lekowego	
B.1.	03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B
B.4.	03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego
B.5.	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych
B.6.	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
B.8.	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich
B.9.FM.	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
B.10.	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki
B.12.FM.	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
B.14.	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
B.15.	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
B.17.	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
B.18.	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
B.19.	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
B.20.	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1
B.21.	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
B.22.	03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego
B.23.	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III
B.24.	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
B.25.	03.0000.325.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)
B.27.	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą
B.28.	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
B.29.	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane
B.30.	03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym
B.31.	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)
B.32.	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
B.33.	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
B.35.	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
B.37.	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek
B.38.	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
B.39.	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami
B.40.	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
B.41.	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
B.42.	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)

B.44.	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy
B.47.	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej
B.50.	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
B.52.	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi
B.54.	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego
B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
B.57.	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
B.58.	03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka
B.59.	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
B.61.	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną
B.62.	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
B.64.	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
B.65.	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
B.66.	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe
B.67.	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
B.70.	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
B.71.	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
B.73.	03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza
B.74.	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
B.75.	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
B.77.	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
B.79.	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
B.81.	03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)
B.82.	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
B.85.	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
B.86.	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
B.87.	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
B.88.	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry
B.89.	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
B.90.	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
B.95.	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)
B.96.	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)
B.97.	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.98.	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.99.	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
B.101.	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
B.102.FM	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
B.104.	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
B.105.	03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)
B.106.	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV
B.107.	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną
B.108.	03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
B.109.	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych

B.110	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
B.111	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
B.112	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę
B.113	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
B.114	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
B.115	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
B.117	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
B.118	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga
B.119	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
B.121	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
B.122	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
B.123	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
B.124	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry
B.125	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
B.126	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
B.127	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
B.128.FM	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
B.129.FM	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
B.130	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
B.131	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana
B.132	03.0000.432.02	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych
B.133	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
B.134	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
B.135	03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc
B.136.FM	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)
B.137.FM	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
B.138.FM	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
B.139	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
B.140	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu moczniowego
B.141.FM	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
B.142	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji
B.143	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową
B.144	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)
B.145	03.0000.445.03	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
B.146	03.0000.446.04	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
B.147	03.0000.447.05	Leczenie chorych na depresję lekooporną
B.148	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium
B.149	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
B.150	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym

B.151	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)
B.152.FM	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)
B.153	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego
B.154.FM	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet
B.155	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)
B.156	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa
B.157	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
B.158.FM	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B
B.159	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy
B.160	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej
B.161	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)
B.162	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
B.163.FM	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka
B.164	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową
B.165	03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)

03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HCV, HBV)	

03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR lub PET	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR)	

03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.306.02		Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	
kod resortowy		nazwa	
1240		poradnia onkologiczna	
1242		poradnia chemioterapii	
1270		poradnia gruźlicy i chorób płuc	
1272		poradnia chorób płuc	
4240		oddział onkologiczny	
4242		oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	
4270		oddział gruźlicy i chorób płuc	
4272		oddział chorób płuc	
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej	
HC.1.2.			
24			
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc	
HC.1.2.			
42			
ODDZIAŁ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK	
PORADNIA		TAK	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
pozostałe		nie dotyczy	
lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub chorób płuc			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
pozostałe		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji	
pielęgniarki			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
TK lub MR			
badanie pozytonowej tomografii emisyjnej			
EKG			
badania histopatologiczne			
badania cytologiczne			
badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)			
potwierdzenie obecności odpowiednich czynników predykcyjnych (zaburzenia genów EGFR, ALK, ROS1 lub KRAS oraz stopień ekspresji białka PD-L1) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu			

03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	RTG	
	EKG	
	ECHO SERCA	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badanie histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne	

03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	ECHO	
	USG	
	mammografia	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ocena receptorów HER2, ER, PGR)	
	badanie mutacji germlinalnej BRCA1/2	
	badanie mutacji genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu	

03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne (antygen CD-20)	
	badania histopatologiczne	
	EKG, ECHO serca z oceną EF	
	USG, RTG	
	tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny, lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET-CT)	

03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badania cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej	
	badanie molekularne RT- PCR szpiku lub krwi obwodowej - badanie wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka	

03.0000.315.02		Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	4403	oddział niemowlęcy
	4401	oddział pediatryczny o profilu hematologii
	HC.1.1. lub 1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	REGIONALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	LOKALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	pozostałe	zapewnienie realizacji zadań i świadczeń przez regionalne i lokalne centra leczenia hemofilii (we wszystkie dni tygodnia) - zgodnie z opisem programu - w lokalizacji
lekarze	regionalne centra leczenia hemofilii	lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej; (łącznie czas pracy – równoważnik 2 etatów; nie dotyczy dyżuru medycznego) w tym lekarz posiadający co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu, nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lokalne centra leczenia hemofilii	lekarze (łącznie czas pracy - równoważnik 2 etatów, nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym – lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	świadczeniodawcy udzielających świadczenia „leczenie w warunkach domowych”	lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy – równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu

pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	regionalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	regionalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		TK
		MRI
		badania genetyczne
		badania immunohistochemiczne
		badania koagulologiczne
	lokalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	lokalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		badania koagulologiczne
wyposażenie w sprzęt	regionalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor
	lokalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor

03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub immunologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale lub poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	USG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	

03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie sprzętu	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.320.02		Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1
----------------	--	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, diabetologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie sprzętu	chłodziła (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, okulistyki, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli - okulistyki, neurologii dostęp do konsultacji: dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	rezonans magnetyczny	
	badania densytometryczne	
	badania okulistyczne z oceną oka w lampie szczelinowej	

03.0000.322.02		Leczenie pacjentów z chorobą Pompego
organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44 lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - chorób płuc lub chorób płuc dzieci, pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli - chorób płuc, kardiologii, otorynolaryngologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania audiometryczne	

03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III
kod resortowy	nazwa
1000	poradnia chorób wewnętrznych
1008	poradnia chorób metabolicznych
1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
1030	poradnia endokrynologiczna
1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
1070	poradnia hematologiczna
1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
1220	poradnia neurologiczna
1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
1401	poradnia pediatryczna
4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
HC.1.1. lub HC.1.2.	
43 lub 44, lub 123	
4008	oddział chorób metabolicznych
4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
4020	oddział diabetologiczny
4030	oddział endokrynologiczny
4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
4070	oddział hematologiczny
4071	oddział hematologiczny dla dzieci
4220	oddział neurologiczny
4221	oddział neurologiczny dla dzieci
4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
4401	oddział pediatryczny
ODDZIAŁ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
PORADNIA	NIE
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii, lub hematologii	
łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub hematologii i onkologii dziecięcej	
łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej b) dorośli – kardiologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, onkologii klinicznej, hematologii
	dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej

pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	biopsja szpiku (w przypadkach uzasadnionych medycznie)	

03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
kod resortowy	nazwa
4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
HC.1.1. lub HC. 1.2.	
43 lub 44, lub 123	
4008	oddział chorób metabolicznych
4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
4020	oddział diabetologiczny
4030	oddział endokrynologiczny
4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
4220	oddział neurologiczny
4221	oddział neurologiczny dla dzieci
4401	oddział pediatriczny
ODDZIAŁ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
PORADNIA	NIE
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu b) dorośli - otorynolaryngologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
USG	
rezonans magnetyczny	
RTG	
EKG	
EMG	
echokardiografia	
badania audiometryczne	
badania spirometryczne	
badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	
badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
badania genetyczne	

03.0000.325.02		Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	
kod resortowy		nazwa	
4000		oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych	
HC.1.1. lub HC.1.2.			
43 lub 44, lub 123			
4008		oddział chorób metabolicznych	
4009		oddział chorób metabolicznych dla dzieci	
4020		oddział diabetologiczny	
4030		oddział endokrynologiczny	
4031		oddział endokrynologiczny dla dzieci	
4220		oddział neurologiczny	
4221		oddział neurologiczny dla dzieci	
4249		oddział onkologii i hematologii dziecięcej	
4401		oddział pediatryczny	
ODDZIAŁ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		NIE	
PORADNIA		NIE	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		NIE	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
pozostałe		dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii	
dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
pozostałe		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli – chorób płuc, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii	
		dostęp do konsultacji: psychologicznej, fizjoterapeutycznej	
pielęgniarki			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
USG			
rezonans magnetyczny			
RTG			
EKG			
EMG			
echokardiografia			
badania audiometryczne			
badania spirometryczne			
badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)			
badania genetyczne			

03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	audiogram	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

03.0000.328.02		Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
----------------	--	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	

	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.329.02		Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	
kod resortowy		nazwa	
1220		poradnia neurologiczna	
1221		poradnia neurologiczna dla dzieci	
4220		oddział neurologiczny	
4221		oddział neurologiczny dla dzieci	
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii	
HC.1.2.			
22			
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej	
HC.1.2.			
58			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej	
HC.1.2.			
58			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii	
HC.1.2.			
22			
ODDZIAŁ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK	
PORADNIA		TAK	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
pozostałe		nie dotyczy	
lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej			
łączy czas pracy		równoważnik 2 etatów	
pozostałe		dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, okulistyki, dermatologii i wenerologii, chorób zakaźnych, chorób płuc; dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, kardiologii dziecięcej, okulistyki, dermatologii i wenerologii	
pielęgniarki			
łączy czas pracy		równoważnik 1 etatu	
w lokalizacji udzielania świadczeń		badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)	
zapewnienie dostępu do		EKG (12-kanalowe lub RR)	
		rezonans magnetyczny (bez i po podaniu kontrastu)	
		RTG	
		oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV)	
		badań w kierunku HIV, HBV, HCV, TBC, HPV	
		testu na obecność przeciwciał anty-JCV	
		określenie polimorfizmu genu CYP2C9	

03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	1580	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
	1581	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4580	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
	4581	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK

	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.331.02		Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	
kod resortowy		nazwa	
1100		poradnia kardiologiczna	
1101		poradnia kardiologiczna dla dzieci	
1272		poradnia chorób płuc	
1273		poradnia chorób płuc dla dzieci	
4100		oddział kardiologiczny	
4101		oddział kardiologiczny dla dzieci	
4272		oddział chorób płuc	
4273		oddział chorób płuc dla dzieci	
4650		oddział transplantologiczny	
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii	
HC.1.2.			
53			
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii dziecięcej	
HC.1.2.			
54			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii	
HC.1.2.			
53			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii dziecięcej	
HC.1.2.			
54			
ODDZIAŁ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK	
PORADNIA		TAK	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
pozostałe		pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG	
dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci lub kardiologii dziecięcej			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki			
łączny czas pracy		równoważnik 2 etatów	
EKG			
RTG			
USG			
TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT			
echokardiografia dopplerowska			
testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia - nie dotyczy dzieci)			
scyntygrafia perfuzyjna płuc			

	spiroergometria
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, panel autoimmunologiczny, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)

03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	ileokolonoskopia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test Quantiferon, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.335.02	Leczenie chorych z tłuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji świadczenia wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	

03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni) o profilu nefrologicznym	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania immunohistochemiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub pediatrii, lub nefrologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania densytometryczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1642	ambulatoryjna stacja dializ
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4132	stacja dializ
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	STACJA DIALIZ	TAK
	AMBULATORYJNA STACJA DIALIZ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1421	poradnia neonatologiczna
	1561	poradnia kardiokirurgiczna dla dzieci
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4421	oddział neonatologiczny
	4561	oddział kardiokirurgiczny dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	dla pacjentów kardiologicznych: nieinwazyjne badanie hemodynamiczne (dot. poradni/oddziału kardiologicznego dla dzieci/kardiokirurgicznego dla dzieci)	

03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, rehabilitacji medycznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, położnictwa i ginekologii, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	

wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji
	atlas GREULICHA-PYLE

03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, położnictwa i ginekologii, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, nefrologii lub nefrologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie sprzętu	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub chorób płuc u dzieci	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	spirometria z możliwością wykonania próby rozkurczowej	
	PEF	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, immunologiczne (IgE całkowite i IgE-alergenowo swoiste), badanie kału w kierunku pasożytów)	

03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej lub periodontologii, położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG klatki piersiowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	
	USG	

03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	

03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - dostęp
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	USG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badanie cytogenetyczne szpiku	
	oznaczenie stężenia białka M w surowicy i moczu (elektroforeza, immunofiksacja)	
	pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)	

03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badanie endoskopowe	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test Quantiferon, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
kod resortowy	nazwa
1240	poradnia onkologiczna
1242	poradnia chemioterapii
1244	poradnia radioterapii
1640	poradnia urologiczna
4240	oddział onkologiczny
4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
4244	oddział radioterapii
4640	oddział urologiczny
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
HC.1.2.	
24	
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
HC.1.2.	
34	
ODDZIAŁ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
PORADNIA	TAK
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub urologii, lub radioterapii onkologicznej	
łącny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii
pielęgniarki	
łącny czas pracy	równoważnik 2 etatów
TK	
MRI	
RTG	
scyntygrafia	
badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	
badanie histopatologiczne	
w przypadku udzielania świadczeń w oddziale urologicznym, w poradni urologicznej lub oddziale leczenia jednego dnia o profilu urologii świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii	

03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	2300	zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
	4220	oddział neurologiczny
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	ODDZIAŁ	TAK (dotyczy wyłącznie oddziałów o kodach resortowych: 4300, 4302, 4306)
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub w ramach umowy o udzielanie świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	Lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej albo lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej, którzy odbyli co najmniej dwa kursy z podawania toksyny botulinowej w leczeniu spastyczności po przebytym udarze mózgu, potwierdzone certyfikatem, w dwóch różnych ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne lub Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przetyku, połączenia żołądkowo-przetykowego i żołądka
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) oraz potwierdzające występowanie choroby resztkowej	
	badania histopatologiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu HER 2)	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania układu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

03.0000.359.02		Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4243	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	
pielęgniarki	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej
zapewnienie realizacji badań	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena obecności mutacji BRAF V600	
	ocena ekspresji PDL1	

pozostałe	w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego leczenie pacjentów dorosłych wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na czerniaka (co najmniej 50 chorych rocznie - dotyczy oferenta)
-----------	--

03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną
kod resortowy	nazwa
1000	poradnia chorób wewnętrznych
1008	poradnia chorób metabolicznych
1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
1130	poradnia nefrologiczna
1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
1401	poradnia pediatria
4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
HC.1.1. lub HC.1.2.	
43 lub 44, lub 123	
4008	oddział chorób metabolicznych
4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
4020	oddział diabetologiczny
4130	oddział nefrologiczny
4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
4401	oddział pediatria
ODDZIAŁ	NIE
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
PORADNIA	NIE
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, pediatrii metabolicznej, gastroenterologii dziecięcej lub gastroenterologii; b) dorośli – nefrologii, neurologii, okulistyki, endokrynologii, chorób płuc, gastroenterologii
	dostęp do konsultacji psychologicznej
pielęgniarki	
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
USG	
badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
badanie okulistyczne (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym)	
spirometria	

03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4070	oddział hematologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	07	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc, lub hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie immunologii klinicznej – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w realizacji procedury przetaczania immunoglobulin u pacjentów dorosłych	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, genetyki klinicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
wypośażenie zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypośażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu

pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku	
	badanie cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej	
	badanie molekularne RT-PCR szpiku lub krwi obwodowej	

03.0000.366.02		Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	
kod resortowy		nazwa	
1070		poradnia hematologiczna	
1072		poradnia nowotworów krwi	
1200		poradnia dermatologiczna	
1240		poradnia onkologiczna	
1242		poradnia chemioterapii	
1241		poradnia onkologiczna dla dzieci	
1243		poradnia chemioterapii dla dzieci	
1249		poradnia onkologii i hematologii dziecięcej	
4070		oddział hematologiczny	
4071		oddział hematologiczny dla dzieci	
4072		oddział nowotworów krwi	
4200		oddział dermatologiczny	
4240		oddział onkologiczny	
4241		oddział onkologiczny dla dzieci	
4249		oddział onkologii i hematologii dziecięcej	
4242		oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej	
HC.1.2.			
24			
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii	
HC.1.2.			
50			
4401		oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej	
HC.1.1. lub HC.1.2.			
60			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej	
HC.1.2.			
24			
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii	
HC.1.2.			
50			
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii	
HC.1.2.			
09			
ODDZIAŁ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK	
PORADNIA		TAK	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		TAK	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
pozostałe		nie dotyczy	
lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub dermatologii i wenerologii lub onkologii i hematologii dziecięcej			
łączy czas pracy		równoważnik 2 etatów	

	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii - w przypadku realizacji programu na oddziale dermatologicznym lub oddziale dermatologicznym z poradnią dermatologiczną lub na oddziale leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	
	RTG	
	EKG	
	USG	
	tomografia komputerowa lub PET/TK	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu reumatologii
	HC.1.1 lub HC 1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	<p>program może być realizowany:</p> <p>1) na oddziale reumatologicznym z poradnią reumatologiczną lub</p> <p>2) oddziale reumatologicznym dla dzieci z poradnią reumatologiczną dla dzieci, lub</p> <p>3) na oddziale pediatrycznym o profilu reumatologii z poradnią reumatologiczną dla dzieci</p> <p>- wyłącznie w zakresie leczenia miopatii zapalnych tj. zapalenia skórno-mięśniowego oraz zapalenia wielomięśniowego;</p> <p>co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej – w lokalizacji – wpis w rejestrze: łóżka intensywnej opieki medycznej;</p>
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub reumatologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	REZONANS MAGENTYCZNY (bez i po podaniu kontrastu)	
	EMG	
	<p>badania laboratoryjne:</p> <p>- hematologiczne i biochemiczne,</p> <p>- badania immunologiczne (oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA, oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych, oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), oznaczenie przeciwciał anty-NMDA),</p> <p>- badanie płynu mózgowo-rdzeniowego</p>	
	wzrokowe potencjały wywołane	

03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	gabinet zabiegowy lub sala operacyjna w lokalizacji oddziału lub gabinet zabiegowy w lokalizacji poradni
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji diabetologicznej lub lekarza chorób wewnętrznych
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	fotografia dna oka - w lokalizacji	
	angiografia fluoresceinowa - zapewnienie dostępu	
	angio-OCT - w lokalizacji	

03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1650	poradnia transplantologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4650	oddział transplantologiczny
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	elastografia wątroby (wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy kPa, wskaźnik APRI lub FIB-4)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową i jakościową)	

03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1640	poradnia urologiczna
	4640	oddział urologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	sala endoskopowa - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji	
	badanie urodynamiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, bakteriologiczne)	
wyposażenie w sprzęt - w lokalizacji	USG lub aparat typu bladder scan	
	aparat do badań urodynamicznych	
	cytoskop z oprzyrządowaniem do iniekcji dopęcherzowych	
	aparat do znieczuleń	

03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1100	poradnia kardiologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
	4100	oddział kardiologiczny
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT	
	echokardiografia dopplerowska	
	arteriografia tętnic płucnych	
	scyntygrafia perfuzyjna płuc	
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)	

03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń
-----------------------	---

	kod resortowy		nazwa	
organizacja udzielania świadczeń	1010		poradnia alergologiczna	
	1080		poradnia immunologiczna	
	1130		poradnia nefrologiczna	
	1270		poradnia gruźlicy i chorób płuc	
	1272		poradnia chorób płuc	
	1280		poradnia reumatologiczna	
	4000		oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii	
	HC.1.1. lub HC.1.2.			
	67			
	4000		oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii	
	HC.1.1. lub HC.1.2.			
	57			
	4000		oddział chorób wewnętrznych o profilu chorób płuc	
	HC.1.1. lub HC.1.2.			
	42			
	4010		oddział alergologiczny	
	4080		oddział immunologii klinicznej	
	4130		oddział nefrologiczny	
	4270		oddział gruźlicy i chorób płuc	
	4272		oddział chorób płuc	
	4280		oddział reumatologiczny	
	ODDZIAŁ		TAK	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		NIE	
	PORADNIA		NIE	
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		NIE	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
	pozostałe		nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii, lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc, lub immunologii klinicznej			
	łączy czas pracy		równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki	pielęgniarki			
	łączy czas pracy		równoważnik 2 etatów	
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)			
	tomografia komputerowa			
	RTG			
	USG			
	EKG			

03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii metabolicznej – dotyczy dzieci
		dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	USG	
	badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	

03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów

zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)
	tomografia komputerowa lub PET-CT
	badania histopatologiczne
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)

03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	badanie cytomorfologiczne szpiku (antygen CD20)	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku (antygen CD20)	

03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii o profilu hematologii
	HC.1.1.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	trepanobiopsja szpiku	
	badania molekularne (JAK2, CALR,MPL)	
	badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	MR	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	PET/CT	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	ośrodek posiadający doświadczenie w zakresie diagnostyki, leczenia oraz opieki nad chorymi z zespołami autozapalnymi
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale immunologii klinicznej lub immunologii klinicznej dla dzieci, lub w poradni immunologii klinicznej, lub immunologii klinicznej dla dzieci	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc z co najmniej 5-letnią praktyką w diagnostyce i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii z doświadczeniem w różnicowaniu śródmiąższowych chorób płuc, z co najmniej 5-letnią praktyką w specjalistycznym ośrodku chorób płuc zajmującym się leczeniem chorób śródmiąższowych płuc - w lokalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty patomorfologii w przypadku konieczności potwierdzenia rozpoznania za pomocą badania histopatologicznego materiału z biopsji płuc
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości	
	spirometria	
	pojemność dyfuzyjna CO (DLco)	
	ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie biopsji płuca	

03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka podstawnokomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka podstawnokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowe z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysięłkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub onkologii klinicznej, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie neurochirurgii w celu potwierdzenia braku możliwości leczenia chirurgicznego
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania genetyczne (gen TSC1, TSC2)	

03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Sekcji Chorób Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, gastroenterologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MRI	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie układu krzepnięcia)	

03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4652	oddział transplantacji nerek
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do dializoterapii i plazmaferezy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii, lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki - wymienione w opisie programu)	
	badanie aktywności ADAMTS13	
	BADANIE STEC (PCR lub hodowla bakteryjna)	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny lub liczby schistocytów	
	test Coombsa	
	oznaczenie przeciwciał przeciw czynnikowi H (anty CFH)	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG, EKG, echo serca	
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa	
	badania genetyczne	

pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej
-----------	---

03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, chirurgii naczyniowej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem; biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki; koagulologiczne, jonogram - wymienione w opisie programu)	
	badanie cytofluorometrii przepływowej pod kątem obecności klonu PNH	
	oznaczenie grupy krwi	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny, test Coombsa	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	

	USG dopplerowskie, EKG, echo serca
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa
	badania genetyczne
pozostałe	świadczyniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego

03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi, parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita), badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
	EKG	

03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny*
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi; parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
pozostałe	*W przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
-----------------------	-----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny (przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki)	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (oznaczenie stężenia: hormonu wzrostu, IGF-1, sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; ocena czynności nadnerczy i tarczycy, ocena stężenia glukozy, odsetek hemoglobiny glikowanej, AspAT i AlAT)	

03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1021	poradnia diabetologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1104	poradnia nadciśnienia tętniczego
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4001	oddział chorób wewnętrznych dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4021	oddział diabetologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4561	oddział kardiochirurgiczny dla dzieci
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	4670 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 43	oddział leczenia jednego dla dzieci dnia o profilu diabetologii
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK

	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub kardiologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub diabetologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	lipidogram	
	badania laboratoryjne - biochemiczne	
	badania genetyczne potwierdzające występowanie HoFH - zapewnienie dostępu	
	elastografia wątroby lub inne badanie pozwalające wykryć stłuszczeniowe zapalenie i zwłóknienie wątroby - zapewnienie dostępu	
pozostałe	dorośli - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych dzieci - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych	

03.0000.402.02		Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji; w przypadku leczenia noworodków terapią genową: oddział neonatologiczny - posiadający w strukturze łóżka intensywnej terapii noworodka - zapewnienie dostępu
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci - lekarze specjaliści neurologii dziecięcej z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	1) dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii; 2) dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: pulmonologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dziecięcej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii dostęp do konsultacji dietetycznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delecji lub mutacji genu SMN1 oraz liczby kopii genu SMN2	
	EKG (tylko dla ośrodków pediatrycznych)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych	

03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
----------------	----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	4671 HC.1.2. 58	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologicznym dla dzieci
	4670 HC.1.2. 57	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologicznym
	4671 HC.1.2. 122	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologicznym dla dzieci

	4670 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologicznym dla dzieci
	4670 HC.1.2. 44	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, nefrologii, neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	EKG + EKG metodą Holtera	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi, biochemiczne, enzymatyczne, w tym oznaczenie biomarkera lizo-GL-3*)	
	oznaczenie wskaźnika eGFR	
	badania genetyczne	
uwagi	*oświadczenie świadczeniodawcy dot. zapewnienia wykonania oznaczenia biomarkera lizo-GL-3 u wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia w programie - zgodnie z opisem programu lekowego B.104.	

03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem w prowadzeniu leczenia błony naczyniowej oka potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia), angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT - w lokalizacji	
	USG gałki ocznej typu B - w lokalizacji	
	MRI, EKG, RTG, badania laboratoryjne wymienione w opisie programu lekowego- zapewnienie dostępu	

03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku HBV)	

03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	07	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE

	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii, lub dermatologii i wenerologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	

03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
organizacja udzielania świadczeń	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	oznaczenie stężenia karnityny wolnej i całkowitej w surowicy lub suchej kropli krwi na bibule metodą tandemowej spektrometrii mas (tj. MS/MS) - zapewnienie dostępu	

03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, układu krzepnięcia, oznaczanie markerów nowotworowych: NSE, LDH, katecholaminy)	
	tomografia komputerowa, MRI, scyntygrafia z użyciem MIBG, PET-CT	
pozostałe	liczba dzieci z neuroblastoma leczonych przez ośrodek wynosi co najmniej 5 w ostatnich pięciu latach	

03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii dziecięcej
	HC.1.1.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - okulistyki, neurochirurgii, diabetologii, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, neurologii, neurochirurgii, onkologii klinicznej, hematologii, diabetologii, kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	USG serca	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3, kortyzolu, ACTH, TSH, FT4, insuliny)	
	badania genetyczne	
Wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (wzrostomierz, waga lekarska, centymetr) - w lokalizacji	

	aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi - w lokalizacji
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z niedoczynnością przysadki

03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
----------------	--------------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	

03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, koagulogram, biochemiczne, badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B - w tym HBsAg, HBcAg)	
	badanie na obecność mutacji FLT3 (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	
	badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych	

03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT	
	badanie immunofenotypowe w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117)	

03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	lekarze specjaliści w dziedzinie radioterapii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu - w lokalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
pozostałe	wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na raka z komórek Merkla (co najmniej 5 chorych w okresie 2 lat - dotyczy oferenta)	

03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne)	

03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	scyntygrafia	
	RTG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG, TK, EKG	
	rezonans magnetyczny	
	badania elektrofizjologiczne	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	

03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc lub pediatrii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, INR, APTT)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie alergologii	

03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub gastroenterologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub gastroenterologii - w przypadku realizacji programu dla dorosłych bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu dla dzieci bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii, okulistyki, psychiatrii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, psychiatrii.

pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	

03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii dla dzieci
	HC.1.2.	
	9	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub alergologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka kolczystokomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji i/lub w trybie ambulatoryjnym lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka kolczystokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej;
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	Pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja	
	badanie cytogenetyczne	

03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1020	poradnia diabetologiczna
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4020	oddział diabetologiczny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	118	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK

	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z ostrą porfirią wątrobową
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub endokrynologii, lub diabetologii, lub chorób wewnętrznych	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową udokumentowane sprawowaniem opieki medycznej nad chorymi na ostrą porfirię wątrobową
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie porfobilinogenu (PBG) i kwasu delta-aminolewulinowego (ALA) w moczu i osoczu	
	badania genetyczne mutacji w genach związanych z ostrą porfirią wątrobową, tj. HMBS, CPOX, PPOX oraz w genach homozygotycznych lub złożonych genach heterozygotycznych ALAD	

03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	57	
	4401	oddział pediatryczny o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	122	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, układ krzepnięcia, gazometria krwi żylna, badanie ogólne moczu)	
	ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem	
	badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV	
	badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT	
	USG układu moczowego	

03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie mutacji nonsensownej genu dystrofiny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	

03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	

03.0000.432.02	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych
----------------	---

	organizacja udzielania świadczeń	
	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1073	poradnia nowotworów krwi dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4073	oddział nowotworów krwi dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4659	oddział transplantacji szpiku dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii albo w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów

zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)
	oznaczenie CMV IgG i IgM
	ilościowe badanie CMV DNA

03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii spełniających odrębnie poniższe wymagania: a) lekarz specjalista posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, potwierdzający umiejętności rozpoznawania i leczenia migreny przewlekłej oraz b) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności podawania toksyny botulinowej w migrenie przewlekłej potwierdzone pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu

03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe (RTG lub TK lub MRI)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania histopatologiczne lub cytologiczne	

03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji pulmonologicznej lub lekarza chorób płuc lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, profil ANA obejmujący m.in. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III, oznaczenie przeciwciał aCCP, c-ANCA i p-ANCA)	
	kapilaroskopia, pletyzmografia	
	EKG	
	ECHO serca	
	TK klatki piersiowej	
	spirometria oraz zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO)	

03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4274	oddział leczenia gruźlicy
	4275	oddział leczenia gruźlicy dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub lekarze chorób płuc u dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	
	test na obecność wirusa HIV	
	badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub testu molekularnego XDR-TB lub MDR-TB	
	badania czynności wątroby	

03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4652	oddział transplantacji nerek
	4650	oddział transplantologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	Świadczeniodawcy wykonujący średnio co najmniej 25 przeszczepień nerki rocznie, w okresie 3 lat poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadający min. 10-letnie doświadczenie w prowadzeniu biorców przeszczepu. W przypadku świadczeniodawców zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 powyższy warunek podlega weryfikacji na podstawie okresu 3 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego, w których świadczeniodawca nie miał obowiązku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
	lekarze specjaliści w dziedzinie transplantologii klinicznej lub nefrologii	
lekarze	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pielęgniarki	
pielęgniarki	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, histopatologiczne)	
zapewnienie realizacji badań	EKG	

03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)	

03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950)
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [68Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [99mTc]Tc-HYNIC-TOC; PET/CT z [18F]F-FDG	
	scyntygrafia	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
organizacja udzielania świadczeń	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii lub endokrynologii lub gastroenterologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub neurologii dziecięcej lub endokrynologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne, genetyczne)	

03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4640	oddział urologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub urologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne	

03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1401	poradnia pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
	pielęgniarki	
zapewnienie realizacji badań	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
zapewnienie realizacji badań	EKG	

03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)
----------------	--

	organizacja udzielania świadczeń	
	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do oddziału chirurgii onkologicznej lub chirurgii onkologicznej dla dzieci, lub chirurgii dziecięcej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii ogólnej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii klatki piersiowej o profilu chirurgii onkologicznej oraz oddziału lub zakładu radioterapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badanie histologiczne lub cytologiczne	
	Badanie potwierdzające obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, next-generation sequencing) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu	
	TK lub MRI	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	

03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo	
	bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin	
	oznaczanie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu	
	oznaczanie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC)	
	wykazanie obecności klonalnych plazmacytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne)	
	oznaczenie stężenia NT-proBNP	
	oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	ECHO serca	
	USG	
	EKG	
	MRI	
	pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)	

03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBCAb	
	trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klinalny nacieki chłoniaka limfoplazmocytozy	
	EKG	

03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekooporną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4700	oddział psychiatryczny
	2700	oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)
	1700	poradnia zdrowia psychicznego
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	Świadczeniodawca realizuje świadczenia w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych lub świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, lub realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego
lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badanie psychiatryczne	
	badania laboratoryjne	

03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	TK lub MR	

03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4650	oddział transplantologiczny
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4659	oddział transplantacji szpiku dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii lub dermatologii i wenerologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG, TK, USG,	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EMG, ECHO serca, EKG	

03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii dziecięcej i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej lub pediatrii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe wątroby	
	badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4	
	potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie ATP8B lub PFIC-2 w genie ABCB11	
	badania laboratoryjne (biochemiczne), INR	

03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita)	

03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita)	

03.0000455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)
----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki i dermatologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MR (ocena wolumetryczna PN)	
	echokardiografia	
	ocena okulistyczna	
	badania laboratoryjne (ALAT, ASPAT, albuminy, bilirubina)	
	ocena zmian skórnych i zaburzeń tk. podskórnej	
	ocena krzepliwości (INR, czas protrombinowy)	

03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1610	poradnia otorynolaryngologiczna
	4670 H.C.1.2. 26	oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie otorynolaryngologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (IgE, kreatynina, mocznik, CRP, ALT, AST)	
	TK	
	badanie endoskopowe	
	badania diagnostyczne wykluczające obecność pasożytów	

03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
	lekarze	
	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
pielęgniarki	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatria
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44 lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4670 HC.1.2. 44	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 42	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	4671 HC.1.2. 115	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc dzieci

	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub hematologii lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii i hematologii dziecięcej lub chorób płuc dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób płuc lub chorób płuc dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania densytometryczne	

03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670 HC.1.2. 24	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	4670 HC.1.2. 49	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	tomografia komputerowa, EKG	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1	

03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1040	poradnia endokrynologiczna osteoporozy
	1060	poradnia geriatryczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	1580	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
	1584	poradnia osteoporozy
	4030	oddział endokrynologiczny
	4060	oddział geriatryczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4580	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu geriatrii
	HC.1.2.	
	48	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub endokrynologii lub geriatrii lub chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub położnictwa i ginekologii lub chorób wewnętrznych	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatów
zapewnienie realizacji badań	densytometria - zapewnienie dostępu	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia)	

03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	4200	oddział dermatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, test QuantiFERON – TB, obecność antygenu HB, przeciwciała anti-HCV, obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo))	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1100	poradnia kardiologiczna
	1102	poradnia wad serca
	4100	oddział kardiologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	HC.1.2.	
	53	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie hematologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	scyntygrafia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG	
	echokardiografia, holter 24-godzinne monitorowanie EKG, EKG	
	sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)	
	genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450	
	weryfikacja LVOT przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnienia	
	test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT)	

03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemoterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział intensywnej terapii w lokalizacji udzielania świadczeń
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne lub cytologiczne	
	test do genotypowania HLA	
	badanie ultrasonograficzne gałki ocznej	

03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny*
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w części organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne: aktywność i inhibitor anty- ADAMTS13, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), kreatynina, liczba płytek krwi, morfologia krwi z rozmazem (schistocyty), ALT, haptoglobina, badania przesiewowe w kierunku: WZW typu B, WZW typu C i HIV	
pozostałe	*W przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)
----------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatria
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44 lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	HC.1.2.	
	7	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.	
	123	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	HC.1.2.	
	44	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	
	badania densytometryczne	

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

Wykaz programów lekowych

Lp.	KOD	NUMER ZAŁĄCZNIKA Z OBWIESZCZENIA MZ	ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10	NAZWA PROGRAMU	SUBSTANCJE CZYNNE
1	2	3	4	5	6
1	03.0000.301.02	B.1.	B 18.1	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B	INTERFERON PEGYLOWANY ALFA-2A, LAMIWUDYNA, ENTEKAWIR, TENOFOWIR
2	03.0000.304.02	B.4.	C 18, C 19, C 20	Leczenie chorych na raka jelita grubego	AFLIBERCEPT, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
3	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0, C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych	KABOZANYTYNIB, ATEZOLIZUMAB, DURWALUMAB
4	03.0000.306.02	B.6.	C 34, C 45	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	KRYZOTYNIB, OZYMERTYNIB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, ATEZOLIZUMAB, AFATYNIB, NINTEDANIB, ALEKTYNIB, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, LORLATYNIB, ENTREKTYNIB, CEMIPIMAB, IPILIMUMAB, SOTORASIB
5	03.0000.308.02	B.8.	C 48, C 49	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	PAZOPANIB
6	03.0000.309.02	B.9.FM.	C 50	Leczenie chorych na raka piersi	TRASTUZUMAB S.C., PERTUZUMAB, PALBOCYKLIB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB, ALPELISYB, SACYTUZUMAB GOWITEKAN ² , TALAZOPARYB, TUKATYNIB, PEMBROLIZUMAB, TRASTUZUMAB DERUKSTKAN, OLAPARYB
7	03.0000.310.02	B.10.	C 64	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	PAZOPANIB, KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB

8	03.0000.312.02	B.12.FM.	C82, C83, C85	Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe¹	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL, TAFASYTAMAB ² , IBRUTYNIB, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL ² , MOSUNETUZUMAB, EPKORYTAMAB, GLOFITAMAB
9	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową¹	NILOTYNIB, BOSUTYNIB, PONATYNIB, ASCIMINIB
10	03.0000.315.02	B.15	D 66, D 67	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B	Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII, Koncentrat czynnika krzepnięcia IX, EMICIZUMAB
11	03.0000.317.02	B.17.	D 80, W TYM: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9, D 81 W CAŁOŚCI, D 82, W TYM: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9, D 83, W TYM: D 83.0, D 83.1, D 83.3, D 83.8, D 83.9, D 89	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	IMMUNOGLOBULINY
12	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	Leczenie przedwczesnego dojrzewania plciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania plciowego	TRIPTORELINA
13	03.0000.319.02	B.19.	E 23	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	SOMATOTROPINA, SOMATROGON
14	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	MEKASERMINA
15	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	BETAINA BEZWODNA
16	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA

17	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
18	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	Leczenie choroby Hurler	LARONIDAZA
19	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	IDURSULFAZA
20	03.0000.327.02	B.27.	E 84	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACYNA
21	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
22	03.0000.329.02	B.29.	G 35	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KŁADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB
23	03.0000.330.02	B.30.	G 80	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
24	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYPAG
25	03.0000.332.02	B.32	K 50	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB, UPADACYTYNIB
26	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA, FILGOTYNIB, SEKUKINUMAB

27	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB, RYZANKIZUMAB, GUSELKUMAB, BIMEKIZUMAB
28	03.0000.336.02	B.36.	M 45	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, TOFACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
29	03.0000.337.02	B.37.	N 18	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	EPOETYNALFA, DARBEPOETYNALFA, ROKSADUSTAT
30	03.0000.338.02	B.38.	N 18	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	SOMATOTROPINA
31	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL
32	03.0000.340.02	B.40.	P 07.2, P 07.3, P 27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0	Profilaktyka zakażeń wirusem RS	PALIWIZUMAB
33	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	Leczenie zespołu Prader - Willi	SOMATOTROPINA
34	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	SOMATOTROPINA
35	03.0000.344.02	B.44.	J 45, J 82	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB, TEZEPELUMAB
36	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczyicy plackowatej	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB, BIMEKIZUMAB

37	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	OLAPARYB, NIRAPARYB
38	03.0000.352.02	B.52.	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
39	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy ¹	POMALIDOMID, DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB, IZATUKSYMAB, TEKLISTAMAB
40	03.0000.355.02	B.55.	K 51	Leczenie pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB, FILGOTYNIB, OZANIMOD, UPADACYTYNIB
41	03.0000.356.02	B.56.	C 61	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	ENZALUTAMID, APALUTAMID, DAROLUTAMID, OLAPARYB
42	03.0000.357.02	B.57.	I 61, I 63, I 69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
43	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, IPILIMUMAB, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL
44	03.0000.359.02	B.59.	C 43	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB + RELATLIMAB
45	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	CYSTEAMINA
46	03.0000.362.02	B.62.	D 80, w tym: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D 81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1,	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	IMMUNOGLOBULINY

			D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9		
47	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	SOMATOTROPINA
48	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną¹	BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNIN, TISAGENLECLEUCEL, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL
49	03.0000.366.02	B.66.	C 84	Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe ¹	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN, MOGAMULIZUMAB
50	03.0000.367.02	B.67.	G 61.8, G 62.8, G 63.1, G 70, G 04.8, G 73.1, G 73.2, G 72.4, G 61.0, G 36.0, G25.8, M 33.0, M 33.1, M 33.2	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	IMMUNOGLOBULINY
51	03.0000.370.02	B.70.	H35.3, H36.0	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, FARYCYMAB
52	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	LEDIPASWIR + SOFOSBUWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
53	03.0000.373.02	B.73.	N 31	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
54	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	Leczenie przewlekłego zakrzepowo- zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	RIOCYGUAT
55	03.0000.375.02	B.75.	M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	RYTUKSYMAB, TOCILIZUMAB

56	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	Leczenie tyrozynemii typu 1(HT-1)	NITYZYNON
57	03.0000.377.02	B.77.	C 81	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina CD30⁺	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
58	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową¹	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS, ZANUBRUTYNIB
59	03.0000.381.02	B.81	D 45, D 47.1	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)¹	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB
60	03.0000.382.02	B.82	M 46.8	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
61	03.0000.385.02	B.85	C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	PAKLITAKSEL Z ALBUMINĄ, OLAPARYB
62	03.0000.386.02	B.86	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	ANAKINRA
63	03.0000.387.02	B.87	J 84.1	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	PIRFENIDON, NINTEDANIB
64	03.0000.388.02	B.88	C 44	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnomórkowego skóry	WISMODEGIB, CEMIPILIMAB
65	03.0000.389.02	B.89	Q 85.1	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściólkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	EWEROLIMUS

66	03.0000.390.02	B.90	G 20	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA
67	03.0000.395.02	B.95	D 59.3	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	EKULIZUMAB, RAWULIZUMAB
68	03.0000.396.02	B.96	D 59.5	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	EKULIZUMAB, PEGCETAKOPLAN, RAWULIZUMAB
69	03.0000.397.02	B.97	D 69.3	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG, RYTUKSYMAB
70	03.0000.398.02	B.98	D 69.3	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, RYTUKSYMAB
71	03.0000.399.02	B.99	E 22.0	Leczenie akromegalii	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
72	03.0000.401.02	B.101	E 78.0, I21, I22, I25	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	ALIROKUMAB, EWOŁOKUMAB, INKLISIRAN, LOMITAPID
73	03.0000.402.02	B.102.FM	G 12.0, G 12.1	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK
74	03.0000.404.02	B.104	E 75.2	Leczenie choroby Fabry'ego	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
75	03.0000.405.02	B.105	H 20.0, H 30.0	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)	ADALIMUMAB, DEKSAMETAZON

76	03.0000.406.02	B.106	B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	ENTEKAWIR, TENOFOWIR
77	03.0000.407.02	B.107	L 50.1	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	OMALIZUMAB
78	03.0000.408.02	B.108.FM	C 73	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	WANDETANIB, SELPERKATYNIB ²
79	03.0000.409.02	B.109	E 71.1, E 71.3, E 72.3	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	L-KARNITYNA
80	03.0000.410.02	B.110	C47	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	DINUTUKSYMAB BETA
81	03.0000.411.02	B.111	E23.0	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	SOMATOTROPINA
82	03.0000.412.02	B.112	E84	Leczenie chorych na mukowiscydozę	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKFTOR
83	03.0000.413.02	B.113	N18	Leczenie pacjentów z chorobami nerek	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
84	03.0000.414.02	B.114	C92.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową¹	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYN, GILTERYTYNIB, WENETOKLAKS, AZACYTYDYNA
85	03.0000.415.02	B.115	C96.2, C94.3, D47.9	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej¹	MIDOSTAURYNA

86	03.0000.417.02	B.117	C44	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	AWELUMAB
87	03.0000.418.02	B.118	E24.0	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga	PASYREOTYD
88	03.0000.419.02	B.119	C73	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	SORAFENIB, KABOZANTYNIB
89	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	AMIFAMPRYDYNA
90	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	LANADELUMAB
91	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	TRIENTYNA
92	03.0000.424.02	B.124.	L20	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry	DUPILUMAB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ABROCYTYNIB, TRALOKINUMAB
93	03.0000.425.02	B.125.	C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	CEMIPLIMAB
94	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	TOLWAPTAN
95	03.0000.427.02	B.127.	D61	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	ELTROMBOPAG

96	03.0000.428.02	B.128.FM.	E80.2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	GIWOSYRAN ²
97	03.0000.429.02	B.129.FM.	E74.8	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	LUMAZYRAN ²
98	03.0000.430.02	B.130.	G71.0	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	ATALUREN
99	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	SILTUKSYMAB
100	03.0000.432.02	B.132.	C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych	LETERMOWIR
101	03.0000.433.02	B.133.	G43	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
102	03.0000.434.02	B.134.	C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu	DENOSUMAB
103	03.0000.435.02	B.135.	D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, M34, J.99.1	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc	NINTEDANIB

104	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	BEDAKILINA, PRETOMANID ²
105	03.0000.437.02	B.137.FM.	N18	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	IMLIFIDAZA ²
106	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	SATRALIZUMAB ²
107	03.0000.439.02	B.139.	C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	OKSODOTREOTYD LUTETU LU-177
108	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
109	03.0000.441.02	B.141.FM.	C61, C65, C66, C67, C68	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	AWELUMAB, NIWOLUMAB, ENFORTUMAB WEDOTYNY ²
110	03.0000.442.02	B.142.	D46.1	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	LUSPATERCEPT
111	03.0000.443.02	B.143.	E71.1	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	KWAS KARGLUMINOWY
112	03.0000.444.02	B.144.	Zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w opisie programu lekowego	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	LAROTREKTYNIB, ENTREKTYNIB

113	03.0000.445.02	B.145.	E85.8	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	DARATUMUMAB
114	03.0000.446.02	B.146.	C88.0	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	ZANUBRUTYNIB
115	03.0000.447.02	B.147.	F33.1, F33.2	Leczenie chorych na depresję lekooporną	ESKETAMINA
116	03.0000.448.02	B.148.	C54	Leczenie chorych na raka endometrium	DOSTARLIMAB, PEMBROLIZUMAB
117	03.0000.449.02	B.149.	T86.0	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	RUKSOLITYNIB
118	03.0000.450.02	B.150.	M32	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	ANIFROLUMAB
119	03.0000.451.02	B.151.	E.83.3	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)	BUROSUMAB
120	03.0000.452.02	B.152.FM.	K76.8	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)	ODEWIKSYBAT ²
121	03.0000.453.02	B.153.	G40	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	KANNABIDIOL

122	03.0000.454.02	B.154.FM.	G40.4	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	KANNABIDIOL ³
123	03.0000.455.02	B.155.	Q85.0	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami spłotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)	SELUMETYNIB
124	03.0000.456.02	B.156.	J32, J33	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa	DUPILUMAB, MEPOLIZUMAB
125	03.0000.457.02	B.157.	G70.0	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB
126	03.0000.458.02	B.158.FM.	E75.2	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	OLIPUDAZA ALFA ²
127	03.0000.459.02	B.159.	C53	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	PEMBROLIZUMAB
128	03.0000.460.02	B.160.	M80.0	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	ROMOSUZUMAB
129	03.0000.461.02	B.161.	L73.2	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)	SEKUKINUMAB
130	03.0000.462.02	B.162.	E85, I42.1	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	MAWAKAMTEN, TAFAMIDIS

131	03.0000.463.02	B.163.FM.	C69, C69.3, C69.4	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	TEBENTAFUSP ²
132	03.0000.464.02	B.164.	M31.1	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową	KAPLACYZUMAB
133	03.0000.465.02	B.165.	E83.3	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	ASFOTAZA ALFA

¹ – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 24 ust. 4 zarządzenia

² – technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

³ - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji

Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych

Lp.	program lekowy		produkt rozliczeniowy z katalogu ryczałtów, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		świadczenie z katalogu świadczeń, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		substancja czynna		próg kosztowy rozliczenia substancji czynnej uprawniający do zastosowania współczynnika korygującego		wartość współczynnika korygującego	uwagi
	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	wartość	jednostka		
	1		2		3		4		5			
1	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000008	bosentanum	0,0371	zł/mg	1,17	1. Współczynnik korygujący może zostać zastosowany w odniesieniu do produktu rozliczeniowego wskazanego w kolumnie 2 lub świadczenia wskazanego w kolumnie 3, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w kolumnie 4, spełniająca warunek kosztowy określony w kolumnie 5 w przypadku każdego z podań lub wydań leku danemu pacjentowi w danym okresie. 2. Współczynnik korygujący stosuje się do rozliczenia ułamkowej części wartości produktu, o którym mowa w kolumnie 2, przysługującej za dany okres lub do świadczeń, o których mowa w kolumnie 3, wykonanych i sprawozdanych za dany okres, związanych z podaniem substancji czynnej spełniającej warunek kosztowy.
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
2	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000066	treprostinil	124,6252	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
3	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	5.08.09.0000011	cinacalcetum	0,19	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,19	zł/mg	1,40	
4	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	

5	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
6	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
7	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
8	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie			2,4977	zł/mg	1,40	

						ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu						
9	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
10	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
11	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
12	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
13	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00	

			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40	
14	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	-	-	5.08.09.0000061	tobramycinum	0,0472	zł/mg	1,70	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0472	zł/mg	1,40	
15	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
16	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
17	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
18	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
19	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40	
20	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	-	-	5.08.09.0000054	rytuksymabum	3,2823	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80	

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego
w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów; 2) Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS); 3) Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK); 4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK; 5) Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąszkową płuc; 6) Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym; 7) Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń.
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) M 05 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); 2) M 06 seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów; 3) M 08 młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS); 4) M 45 zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; 5) L 40.5 łuszczyca stawowa; 6) M 07.1 okaleczające zapalenie stawów; 7) M 07.2 łuszczycowa spondyloartropatia; 8) M 07.3 artropatia towarzysząca chorobie Crohna; 9) M 46.8 Inne określone zapalne choroby kręgosłupa; 10) M 34 twardzina układowa; 11) J 99.0 reumatoidalna choroba płuc; 12) J 99.1 zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej; 13) M 32 toczeń rumieniowaty układowy; 14) M 31.3 ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (GPA); 15) M 31.5 olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic ze współistnieniem polimialgii reumatycznej (GCA); 16) M 31.6 inne olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic; 17) M 31.7 mikroskopowe zapalenie wielonaczyniowe (MPA); 18) M 31.8 inne określone martwicze choroby naczyń krwionośnych.
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych
1.6	jednostka koordynująca	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher ul. Spartańska 1 02-637 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii lub chorób płuc lub nefrologii
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2 z zastrzeżeniem możliwości uzyskania indywidualnej zgody Zespołu w określonych przypadkach; 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 - 7.

1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta
-----	---	--

2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym
Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych
charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z aktywną postacią
spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10:
M46.8)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Postać choroby (Osiowa/Obwodowa):

Wskaźnik aktywności choroby (BASDAI+VAS/ASDAS+VAS):

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Pacjent spełnia jedno z poniższych kryteriów		
1) przewlekły ból krzyża trwającym > 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45. r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz z aktywną postacią choroby, przy braku zmian leczenia w tym okresie: a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce, b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: - sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, - metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej, przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów, c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów		
2) wcześniejsze leczenie biologiczne w programie i wystąpił brak skuteczności leczenia		

w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa		
3) aktywna postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS $\geq 2,1$, b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm, c) ogólna ocena stanu choroby więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm,		
4) aktywna postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie oraz b) liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie oraz c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz e) ogólna ocena stanu choroby więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm		
2. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
3. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
4. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
5. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
6. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....

.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: bimekizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w
Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie bimekizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....

Podpis pacjenta

Data

.....

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**3. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym
Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego
idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł MIZS**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych z aktywną postacią
reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10:
M05, M06, M08)**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Postać choroby (wielostawowa/ nielicznostawowa/MŁZS/ inna):

Ocena aktywności choroby (w 10-pktowej skali):

Liczba obrzękniętych stawów i/lub z ograniczoną ruchomością oraz bolesnością:

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł MIZS

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

--	--

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: tofacytynib

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w
Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

3.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tofacytynibem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....

Podpis pacjenta

Data

.....

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

4. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.2, M07.3)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.2, M07.3)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Postać choroby:.....

Ocena aktywności choroby (BASDAI+VAS/ASDAS+VAS/DAS/DAS28/PsARC):

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.2, M07.3)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: bimekizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

4.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.2, M07.3)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie bimekizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data
Podpis pacjenta

Data
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

5. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10: M45)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10: M45)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Postać choroby (osiowa/obwodowa):.....

Ocena aktywności choroby (BASDAI/ASDAS):

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10: M45)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: bimekizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

5.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10: M45)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie bimekizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data
Podpis pacjenta

Data
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

6. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GPA i MPA

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Rozpoznanie (GPA/MPA):.....

Postać choroby (ciężka/umiarkowana/lekka):

Liczba punktów w skali BVAS/WG:.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia

TAK NIE*

1. Wysoka aktywność choroby definiowana jako:

a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy

b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych

2. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego

3. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją

4. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: rytuksymab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

6.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie rytuksymabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data
Podpis pacjenta

Data
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

7. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GCA

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Informacje dotyczące leczenia standardowego:		
a) brak remisji po zastosowaniu leczenia standardowego		
b) utrata remisji po zastosowaniu leczenia standardowego		
c) występowanie istotnych zdarzeń niepożądanych		
d) przeciwwskazania do stosowania standardowej terapii		
2. Aktywność choroby definiowana jako co najmniej jedno z poniższych:		
a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: $OB \geq 30\text{mm/h}$ i/lub $CRP \geq 1\text{ mg/dl}$ (10 mg/l)		
b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG)		
3. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
4. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
5. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: tocilizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

7.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tocilizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data
Podpis pacjenta

Data
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrazadkich oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultrazadkich oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III; 2) Leczenie choroby Hurler; 3) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego; 4) Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera); 5) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii; 6) Leczenie tyrozyinemii typu 1 (HT-1); 7) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi; 8) Leczenie choroby Fabry'ego; 9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych; 10) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną; 11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu; 12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona; 13) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego; 14) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową; 15) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH); 16) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B; 17) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 74.0 – Choroba spichrzeniowa glikogenu, choroba Pompego; 2) E 75 – Zaburzenia przemian sfingolipidów i inne zaburzenia spichrzania lipidów; 3) E 76.0 – Mukopolisacharydoza typu I, choroba Hurlera; 4) E 76.1 – Mukopolisacharydoza typu II, zespół Huntera; 5) E 72.1 – Zaburzenia przemian aminokwasów zawierających siarkę; 6) E 75.2 – Inne sfingolipidozy, choroba Fabry'ego; ASMD 7) E 70.2 – Zaburzenia przemian tyrozyny; 8) E 85 – Amyloidoza, skrobiawica; 9) R 50.9 – Gorączka, nie określona; 10) D 89.8 – Inne określone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej; 11) D 89.9 – Zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów, nie określone; 12) E 71.1 – Inne zaburzenia przemian aminokwasów o rozgałęzionych łańcuchach; 13) E 71.3 – Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych; 14) E 72.3 – Zaburzenia przemian lizyny i hydroksylizyny; 15) E 72.0 – Zaburzenia transportu aminokwasów; 16) D 84.1 – Zaburzenia układu dopełniacza; 17) G 73.1 – Zespół Eatona-Lamberta; 18) E 72.2 – Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego 19) E 83.3 – Zaburzenia przemian fosforu
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrazadkich Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrazadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii, lub neurologii dziecięcej, lub chorób wewnętrznych, lub immunologii klinicznej, lub

		alergologii, lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub kardiologii, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii lub nefrologii dziecięcej
1.7	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów wymienionych w pkt 1.2; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się 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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich.

I A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2), *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____
70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg
71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

72. Stężenie alfa-glukozydazy (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) _____ (zakres normy _____),
73. Data badania _____
74. ocena miana CRIM* (klasyczna postać choroby) _____ (zakres normy _____),
75. Data badania _____

* zgodnie z opisem programu – wynik nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz systemie monitorowania programów lekowych niezwłocznie po jego uzyskaniu

F. Wynik badania genetycznego: *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

76. Data badania _____ 77. Numer badania podany przez pracownię _____

78. Metoda badania _____

79. Wynik badania _____

80. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

USG serca *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

81. Data badania _____

82. Opis _____

RTG kręgosłupa odcinek piersiowy i lędźwiowy *(nieklasyczna postać choroby)*

83. Data badania _____

84. Opis _____

USG jamy brzusznej z oceną wątroby i śledziony *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

85. Data badania _____

86. Opis _____

RTG klatki piersiowej *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

87. Data badania _____

88. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

89. Data badania _____

90. Opis _____

Audiogram *(nieklasyczna postać choroby)*

91. Data badania _____

92. Opis _____

Badanie spirometryczne (nieklasyczna postać choroby)

93. Data badania _____

94. Opis _____

95. Wynik testu 3/6 min. marszu (nieklasyczna postać choroby) _____ data badania _____

96. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

97. morfologia krwi, z rozmazem (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

próby wątrobowe:

98. AspAT (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

99. ALAT(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

100. CK (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

101. CK-MB (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

102. GGTP (nieklasyczna postać choroby) data badania _____

103. gazometria (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

104. układ krzepnięcia (INR, APTT) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

105. ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (nieklasyczna postać choroby) data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

106. konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

107. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

108. konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

109. konsultacja ortopedyczna z oceną statyki kręgosłupa (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

110. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

111. konsultacja okulistyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

112. konsultacja pulmonologiczna, szczególnie w kierunku wydolności układu oddechowego i występowania nocnych bezdechów
(data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

113. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

114. Imię _____

115. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA! Wniosek bez oceny stężeń alfa-glukozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany. Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich.

I B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie i z jakiego powodu)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			
24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/co 365 dni)

miesiące obserwacji	180 dni	365 dni
25. Morfologia krwi, z rozmazem (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
26. Układ krzepnięcia (raz na 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
27. — AspAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
28. — ALAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
29. — CK (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
30. — CK-MB (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
31. — saturacja krwi (co 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
32. — gazometria (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
33. — układ krzepnięcia (INR, APTT) (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
34. USG jamy brzusznej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
35. EKG (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
36. Spirometria (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
37. RTG klatki piersiowej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
38. Test 3/6 minutowego marszu (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
39. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

Wyniki innych badań i konsultacji:

40. Wynik i data USG serca (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

41. Wynik i data konsultacji neurologicznej* (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

* dla postaci nieklasycznej konsultacja z oceną siły mięśniowej za pomocą dynamometru

42. Wynik i data badania konsultacji pulmonologicznej (z podaniem wyniku spirometrii i z oceną wydolności układu oddechowego oraz oceną częstości występowania nocnych bezdechów) (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby)

43. Badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (co 365 dni — w uzasadnionych przypadkach, badanie zalecane przez Zespół Koordynacyjny) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

44. RTG klatki piersiowej (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)

45. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (opcjonalnie TRG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa) (raz na 365 dni)
(nieklasyczna postać choroby)

46. Ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)

47. Wynik i data konsultacji laryngologicznej/Wynik i data badania audiometrycznego (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)

48. Wynik i data konsultacji pulmonologicznej (co 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)

49. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

50. Informacja nt. zmiany enzymatycznej terapii zastępczej dokonanej w oparciu o kryteria programu lekowego wraz ze szczegółową informacją dot. zmiany oraz wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: _____

*nadruk lub pieczęćka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

Data _____

*nadruk lub pieczęćka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

I C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY POMPEGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

II A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl ^{*)} _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl ^{*)} _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____
70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyłeń w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

71. Stężenie β -glukocerebrozydazy _____ (zakres normy _____),
72. Data badania _____
73. Poziom przeciwciał przeciwko imiglucerazie* _____ (zakres normy _____),
74. Data badania _____

* badanie konieczne przy decyzji o zwiększeniu dawki leku

75. Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6** _____
76. Data badania _____

** wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem

F. Wynik badania genetycznego:

77. Data badania _____
78. Numer badania podany przez pracownię _____
79. Metoda badania _____
80. Wynik badania _____

81. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach)

82. Data badania _____

83. Opis _____

MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych)

84. Data badania _____

85. Opis _____

USG jamy brzusznej, z określeniem objętości śledziony i wątroby

86. Data badania _____

87. Opis _____

RTG płuc

88. Data badania _____

89. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG*

90. Data badania _____

91. Opis _____

* w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc)

EEG (w uzasadnionych przypadkach)

92. Data badania _____

93. Opis _____

Ocena jakości życia SF36 lub określona inną metodą

94. Data badania _____

95. Opis _____

96. Rodzaj zastosowanej metody _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

97. Morfologia krwi pełna, z rozmazem data badania _____

Próby wątrobowe:

98. AspAT data badania _____

99. ALAT data badania _____

Stężenie witamin:

100. vit. D, vit B12, E data badania _____

101. Chitotriozydaza data badania _____

102. Układ krzepnięcia (APTT, INR) data badania _____

103. Aktywność fosfatazy alkalicznej data badania _____

104. Badanie densytometryczne kości (DEXA) data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

105. konsultacja kardiologiczna w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

106. konsultacja neurologiczna (u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby) (data konsultacji, szczegółowy opis)

107. konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

108. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia (data konsultacji, szczegółowy opis)

109. okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

110. Imię _____ 111. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer
prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń β -glukocerebrozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

II B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji/podań			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. Obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/ co 365 dni.)

miesiące obserwacji	180	365
24. Morfologia krwi pełna, z rozmazem (co 180 dni) _____		
25. Chitotriozydaza (co 365 dni) _____		
26. EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem) (co 365 dni) _____		
27. Inne badania (jakie i kiedy wykonano) _____		
28. Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa – nie jest obligatoryjne (co 180 dni)* _____		

* decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

29. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) (w uzasadnionych przypadkach) _____

30. Wynik i data MRI kości długich (co 365 dni) (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych) _____

31. Wynik i data konsultacji ortopedycznej w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

32. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

33. Wynik i data USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony (raz na 365 dni) _____

34. USG układu sercowo-naczyniowego w uzasadnionych przypadkach w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym (co 365 dni) _____

35. RTG płuc _____

36. Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie)

37. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____ *nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:*

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

II C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

III A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N),
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____
gdy N proszę wypełnić następny punkt

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg

71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

72. Stężenie α -L-iduronidazy _____ (zakres normy _____),

73. Data badania _____

74. Ilość wydalanых mukopolisacharydów (glikozaminoglikanów) z moczem mg/g kreatyniny _____ (zakres normy _____),

75. poziom przeciwciał przeciwko α -L-iduronidazie* _____ (zakres normy _____),

76. Data badania _____

* badanie nieobligatoryjne

F. Wynik badania genetycznego:

77. Data badania _____

78. Numer badania podany przez pracownię _____

79. Metoda badania _____

80. Wynik badania _____

81. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego

82. Data badania _____
83. Opis _____

RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa

84. Data badania _____
85. Opis _____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

86. Data badania _____
87. Opis _____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

88. Data badania _____
89. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG

90. Data badania _____
91. Opis _____

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

92. Data badania _____

93. Opis _____

Audiogram

94. Data badania _____
95. Opis _____

Wynik testu 3/6 min. marszu

96. Data badania _____
97. Opis _____

Badanie spirometryczne układu oddechowego

98. Data badania _____
99. Opis _____

Badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej

100. Data badania _____
101. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

102. morfologia krwi, z rozmazem data badania _____

Próby wątrobowe:

103. AspAT data badania _____

104. ALAT

data badania _____

105. wyniki oceny równowagi kwasowo-zasadowej

data badania _____

Stężenie witamin:

106. vit. D

data badania _____

107. vit. E

data badania _____

108. Stężenie fosfatazy alkalicznej

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

109. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

111. Konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

112. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

113. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

114. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

115. Imię _____ 116. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń α -L-iduronidazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

III B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY HURLER

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			
24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)

miesiące obserwacji	180	365
25. Morfologia krwi, z rozmazem (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
26. — AspAT (co 180 dni)		
27. — ALAT (co 180 dni)		
28. USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony (co 365 dni)		
29. EKG (co 365 dni)		
30. USG serca		
31. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem**		
32. Stężenie fosfatazy alkalicznej (co 180 dni)		
33. Test 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
34. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

** po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii a następnie co 365 dni

Wyniki innych badań i konsultacji:

Stężenie witamin (co 12 mies.)

35. D _____ 36. E _____

37. Wynik i data konsultacji ortopedycznej, z oceną ruchomości stawów (co 365 dni) _____

38. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) _____

39. Wynik i data konsultacji neurologicznej (co 365 dni) _____

40. Wynik i data badania spirometrycznego układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 365 dni) _____

41. Wynik i data MRI OUN, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (co 365 dni) (w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych) _____

42. RTG kośćca/ RTG kręgosłupa (co 365 dni) _____

43. Wynik i data badania EMG, w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni, w uzasadnionych przypadkach) _____

44. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) _____

45. Wynik i data konsultacji okulistycznej, z oceną w lampie szczelinowej (co 365 dni) _____

46. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji (co 365 dni) _____

47. Konsultacja laryngologiczna (co 365 dni) _____

48. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

III C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**IV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA
W PROGRAMIE LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II
(ZESPÓŁ HUNTERA)**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. _____^{1),2),*)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____

63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____

64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

Leczenie:

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

71. Stężenie sulfatazy iduronianu _____ (zakres normy _____),
72. Data badania _____
73. Ilość wydalanych mukopolisacharydów z moczem _____ mg/g kreatyniny (zakres normy _____),
74. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu* _____ (zakres normy _____),
75. Data badania _____
* badanie nie jest obligatoryjne

F. Wynik badania genetycznego¹:

76. Data badania _____ 77. Numer badania podany przez pracownię _____
78. Metoda badania _____
79. Wynik badania _____

80. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

EKG

81. Data badania _____
82. Opis _____

RTG kręgosłupa

83. Data badania _____
84. Opis _____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

85. Data badania _____

¹ Badanie nie jest ujęte w opisie programu (badanie nie jest obligatoryjne)

86. Opis _____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

87. Data badania _____
88. Opis _____

RTG klatki piersiowej

89. Data badania _____
90. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

91. Data badania _____
92. Opis _____

Audiogram

93. Data badania _____

94. Opis _____

Badanie spirometryczne

95. Data badania _____

96. Opis _____

Wynik testu 3/6 min. marszu

97. Data badania _____

98. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

99. morfologia krwi, z rozmazem data badania _____

100. układ krzepnięcia data badania _____

101. proteinogram data badania _____

próby wątrobowe:

102. AspAT

data badania _____

103. ALAT

data badania _____

104. CK

data badania _____

105. stężenie bilirubiny całkowitej

data badania _____

106. stężenie cholesterolu całkowitego

data badania _____

stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:

107. vit. D

data badania _____

108. vit. K

data badania _____

109. EEG

data badania _____

110. Echokardiografia

data badania _____

111. Gazometria

data badania _____

112. Test SF36

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

113. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

114. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (data konsultacji, szczegółowy opis)

115. Konsultacja okulistyczna, (data konsultacji, szczegółowy opis)

116. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych (data konsultacji, szczegółowy opis)

117. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

118. Imię _____

119. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko kierownika
jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń siarczanu iduronianu oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

IV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____ 2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____ 6. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____ 10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

13. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
14. Dawka leku [mg/kg]			
15. Dawka podanego leku [mg]			
16. Częstość iniekcji			
17. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
18. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
19. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
20. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
21. Wysokość ciała [cm]			
22. Masa ciała [kg]			
23. Obwód głowy [cm]			
24. Obwód klatki piersiowej [cm]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)

miesiące obserwacji	180	365
25. Morfologia krwi, z rozmazem (co 180 dni)		
26. Układ krzepnięcia (co 180 dni)		
27. Gazometria (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
28. — CK (co 180 dni)		
29. — AspAT (co 180 dni)		
30. — ALAT (co 180 dni)		
31. — stężenie bilirubiny całkowitej (co 180 dni)		
32. USG jamy brzusznej (co 180 dni)		
33. EKG (co 180 dni)		
34. Echokardiografia (co 180 dni)		
35. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem (co 180 dni)		
36. Wynik testu 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
37. Test SF 36		
38. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (nie jest obligatoryjne, co 180 dni)		
39. Cholesterol (co 365 dni)		
40. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

Stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (co 365 dni)

41. D _____ 42. K _____

43. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (co 180 dni) _____

44. Wynik i data badania wydolności układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 180 dni) _____

45. Wynik i data MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (w uzasadnionych przypadkach, przede wszystkim w przypadku wodogłowia, co 365 dni) _____

46. RTG kręgosłupa (co 365 dni) _____

47. Wynik i data badania EMG w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni) _____

48. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) _____

49. Wynik i data konsultacji okulistycznej z oceną dna oka (co 365 dni) _____

50. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (co 180 dni) _____

51. RTG klatki piersiowej (co 365 dni) _____

52. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych _____

53. EEG (co 180 dni) _____

54. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

IV C. Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie Mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie preparatem oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**V A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA Z
UŻYCIEM BETAINY W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH
HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

**o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie „Leczenie ciężkich, wrodzonych
hiperhomocysteinemii”
preparatem betaina**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na
wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl ^{*)} _____ 42. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do aktualnych siatek centylowych, obecnie wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

43. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 44. Długość ciała (cm) _____ 45. Obwód głowy (cm) _____
46. Który poród _____ 47. Która ciąża _____ 48. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), _____
gdy N proszę opisać nieprawidłowości _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Cięcie cesarskie _____

Akcja porodowa (T/N):

52. Ocena wg skali Apgar: w 1 min _____ w 5 min _____
53. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

54. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

Czy było podwichnięcie soczewki (Tak/Nie): _____

Czy pacjent miał wykonaną lensektomię jeżeli tak to kiedy: _____

55. Czy pacjent był leczony betainą (Tak/Nie) — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

56. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

57. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

58. Data badania: _____

59. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg

60. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

61. Poziom homocysteiny całkowitej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

62. Poziom metioniny we krwi (aminoacydogram — opis) _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

Morfologia krwi:

63. Hematokryt _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

64. Hemoglobina _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

65. Liczba erytrocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

66. Liczba leukocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

67. Rozmaz (opis) _____

68. Liczba płytek krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

69. Stężenie witaminy B12 we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

70. Stężenie kwasu foliowego we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

71. Profil kwasów organicznych moczu (metodą GC/MS) z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego (opis) _____

72. Profil acylokarnityn (stężenie C3-karnityny w suchej kropli krwi — metodą MS/MS) _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

73. Stężenie vit. 25 OH D₃ _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

74. Stężenie Ca całkow. we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

75. Stężenie fosforanów we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

76. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

Test obciążenia witaminą B6 24 godziny po podaniu:

100 mg witaminy B6	77. Homocysteina we krwi _____	78. Metionina (osocze/surowica) _____
200 mg witaminy B6	79. Homocysteina we krwi _____	80. Metionina (osocze/surowica) _____
500 mg witaminy B6 (300 mg	81. Homocysteina we krwi _____	82. Metionina (osocze/surowica) _____

u dzieci <3 roku życia)

Uwaga! W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie powyższych badań w jednym czasie (ta sama data pobrania).

F. Badania enzymatyczne i komplementarności (w uzasadnionych przypadkach)

83. Data badania _____ 84. Numer badania podany przez pracownię _____

85. Metoda badania _____

86. Wynik badania _____

87. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Wynik badania genetycznego (w uzasadnionych przypadkach)

88. Data badania _____ 89. Numer badania podany przez pracownię _____

90. Metoda badania _____

91. Wynik badania _____

92. Pracownia wykonująca badanie _____

H. Badania obrazowe:

MRI ośrodkowego układu nerwowego

93. Data badania _____

94. Opis _____

Badanie densytometryczne kości (u pacjentów powyżej 5 roku życia)

95. Data badania _____

96. Opis _____

I. Inne badania i konsultacje

97. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

98. Konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej — jeżeli pacjent nie przebył lensektomii (data konsultacji, szczegółowy opis)

99. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

100. Wynik i data konsultacji dietetycznej. _____

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) _____

Jeżeli była stosowana to proszę podać dobowe spożycie białka _____ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: _____

101. inne badania i konsultacje (rodzaj, data konsultacji, szczegółowy opis)

102. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku (opis)

103. Imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

**V B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU
„LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

Karta obserwacji

**pacjenta leczonego betainą w ramach programu „Leczenie ciężkich, wrodzonych
hiperhomocysteinemii”**

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku), czy były przerwy w podawaniu leku — opis _____

12. Wynik badania przedmiotowego (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji)
data badania _____ opis: _____

13. Czy w okresie 6 mies. obserwacji występowały inne choroby? (T / N) _____
Jeżeli tak to proszę szczegółowo je opisać, z podaniem zastosowanego leczenia (rodzaj leku, dawka)

miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
14. Dawka leku [mg/kg]	—		
15. Dawka sumaryczna podanego leku [mg]	—		
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)	—		
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)	—		
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

(a) Badania dodatkowe wykonane w okresie 6 mies. obserwacji

Miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
24. Stężenie homocysteiny całkowitej we krwi			
25. Stężenie metioniny we krwi (aminoacydogram)			
Morfologia krwi:			
26. Hematokryt			
27. Hemoglobina			
28. Liczba erytrocytów			
29. Liczba leukocytów			
30. Rozmaz (opis) _____ _____			
31. Liczba płytek krwi			
32. Stężenie witaminy B12 we krwi			
33. Stężenie kwasu foliowego we krwi			
34. Stężenie vit. 25 OH D ₃			
35. Stężenie Ca całkow. we krwi			
36. Stężenie fosforanów we krwi			
37. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi			

Uwaga!

W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie badań w tym samym czasie (ta sama data pobrania).

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

38. Wynik i data konsultacji neurologicznej

39. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji _____

40. Wynik i data badania densytometrycznego kośćca (dotyczy pacjentów > 5 roku życia) _____

41. Wynik i data konsultacji dietetycznej. _____

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) _____ Dobowe spożycie białka _____ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: _____

42. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____
Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu
oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

V C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/Zostałam\(em\) poinformowana\(y\) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/Zostałam(em)_poinformowana(y)_o_istocie_choroby,_możliwości_wystąpienia_objawów_niepożądanych_i_powikłań_zastosowanej_terapii_oraz_o_możliwości_zaprzestania_terapii).

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

VI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA TYROZYNEMII TYPU I (HT-1)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2)} *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następujący punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____

65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania:

66. Oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyoacetonu: _____ zakres normy _____
67. Data badania _____
68. Oznaczenie bursztynyoacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas _____ zakres normy _____
69. Data badania _____
70. Oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny _____ zakres normy _____
71. Data badania _____
72. Oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu — tyrozyna _____ zakres normy _____
73. Data badania _____
74. Morfologia krwi, z płytkami krwi _____ zakres normy _____
75. Data badania _____
76. ALAT _____ zakres normy _____
77. Data badania _____
78. AspAT _____ zakres normy _____
79. Data badania _____
80. Bilirubina całkowita i frakcje _____ zakres normy _____
81. Data badania _____
82. Fosfataza alkaliczna _____ zakres normy _____
83. Data badania _____
84. GGTP _____ zakres normy _____
85. Data badania _____
86. INR _____ zakres normy _____
87. Data badania _____
88. Czas protrombinowy _____ zakres normy _____

89.	Data badania _____	
90.	APPT	zakres normy _____

91.	Data badania _____	
92.	Białko całkowite, albuminy we krwi	zakres normy _____

93.	Data badania _____	
94.	Gazometria	zakres normy _____

95.	Data badania _____	
96.	Sód, potas, chlorki we krwi	zakres normy _____

97.	Data badania _____	
98.	Wapń, fosfor we krwi	zakres normy _____

99.	Data badania _____	
100.	Wapń, fosfor w moczu	zakres normy _____

101.	Data badania _____	
102.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____

103.	Data badania _____	
104.	Kwas moczowy we krwi	zakres normy _____

105.	Data badania _____	
106.	Kwas moczowy w moczu	zakres normy _____

107.	Data badania _____	
108.	Kreatynina w moczu	zakres normy _____

109.	Data badania _____	

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

110. Data badania _____

111. Opis _____

Badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej

112. Data badania _____

113. Opis _____

G. Inne badania i konsultacje

114. Konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

115. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

116. Imię _____ 117. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

VI B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy.
- b) U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozyinemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc.

miesiące obserwacji	1 m-c	2	3	4	5	6
23. oznaczenie bursztyniyoacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas						
24. oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny						
25. oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu – tyrozyna						
26. morfologia krwi, z płytkami krwi						
27. ALAT						
28. AspAT						
29. bilirubina całkowita i frakcje						
30. fosfataza alkaliczna						
31. GGTP						
32. INR						
33. czas protrombinowy						
34. APPT						
35. białko całkowite, albuminy we krwi						
36. wapń, fosfor we krwi						
37. wapń, fosfor w moczu						
38. mocznik we krwi						
39. kreatynina we krwi						
40. kwas moczowy we krwi						
41. kwas moczowy w moczu						
42. kreatynina w moczu						

43. USG jamy brzusznej z oceną wątroby (data konsultacji, szczegółowy opis)

44. badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej (data konsultacji, szczegółowy opis)

45. konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

46. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

VI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

VII A WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S CHOROÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | |
|-----------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ |
|-----------------------|

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
|-----------------------|---------------|

- | | |
|---------------|--------------|
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
|---------------|--------------|

- | | |
|----------------|---------------|
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
|----------------|---------------|

- | | |
|--|---|
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |
|--|---|

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej – dotyczy osób <18 roku życia

C. Wywiad:

40. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY
zakreślając właściwą odpowiedź lub opisowo:

41. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby (wiek w miesiącach lub latach) i jaki miały charakter ?
Kiedy i jaki wrodzony zespół autozapalny rozpoznano u pacjenta? _____
42. Czy objawy występują stale? TAK / NIE _____
43. Czy objawy mają charakter nawrotowy TAK / NIE _____
44. Jeśli TAK w pkt 43., to jak często występują nawroty od _____ do _____, średnio co _____ tygodni
45. Jeśli tak w pkt 43., to czy objawy nawracają z regularnością do 2 tygodni? TAK / NIE _____
46. Jak długo trwają nawroty objawów: od _____ do _____ dni, średnio _____ dni
47. Czy w czasie epizodów obserwuje się gorączkę powyżej 38,5 stopni? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
48. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenia stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
49. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle mięśni NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
50. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle głowy? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
51. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
52. Czy w czasie epizodów obserwuje się objawy oponowe? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
53. Czy w czasie epizodów obserwuje się obrzęki wokół oczu? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
54. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenie błony naczyniowej oczu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
55. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na śluzówkach jamy ustnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakie _____
56. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na migdałkach podniebiennych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to jakie _____
57. Czy w czasie epizodów obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to jakich _____

58. Czy w czasie epizodów obserwuje się kaszel i/lub bóle w klatce piersiowej i/lub wysięki w opłucnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz _____

59. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle brzucha ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz _____

60. Czy w czasie epizodów obserwuje się biegunki? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz _____

61. Czy w czasie epizodów obserwuje się krew w stolcu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz _____

62. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany skórne ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz _____

63. Czy u pacjenta stwierdzono niedosłuch ? TAK / NIE / NIE WYKONYWANO BADANIA SŁUCHU

Jeśli tak, to opisz _____

64. Czy u pacjenta stwierdza się upośledzenie rozwoju psychoruchowego TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz _____

65. Czy u pacjenta stwierdza się inne objawy/ dolegliwości pomiędzy nawrotami choroby ? TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz _____

66. Czy rozpoznano u pacjenta nadciśnienie tętnicze TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy, o jakim podłożu i jak leczone _____

67. Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek i/lub białkomocz i /lub krwinkomocz TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz _____

68. Czy pacjent był/jest leczony anakinrą TAK / NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo _____

69. Czy pacjent był/jest leczony innymi lekami TAK/NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo _____

70. Inne choroby przewlekłe TAK/ NIE

Jeśli tak, to opisz _____

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

D. Stan przedmiotowy:

71. Data badania: _____

72. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania:

73. Data badania _____

74. Morfologia krwi z rozmazem _____ zakres normy _____

75. Data badania _____

76. ALAT _____ zakres normy _____

77. Data badania _____

78. AspAT _____ zakres normy _____

79. Data badania _____

80. GGTP _____ zakres normy _____

81. Data badania _____

82. Ob. _____ zakres normy _____

83. Data badania _____

84. CRP _____ zakres normy _____

85. Data badania _____

86. SAA _____ zakres normy _____

87. Data badania _____

88.	Prokalcytonina	zakres normy _____

89.	Data badania _____	
90.	Ferrytyna	zakres normy _____

91.	Data badania _____	
92.	Czas protrombinowy	zakres normy _____

93.	Data badania _____	
94.	APPT	zakres normy _____

95.	Data badania _____	
96.	D-dimery	zakres normy _____

97.	Data badania _____	
98.	Fibrynogen	zakres normy _____

99.	Data badania _____	
100.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____

101.	Data badania _____	
102.	Klirens kreatyniny	zakres normy _____

103.	Data badania _____	
104.	Ciśnienie tętnicze skurczowe/rozkurczowe	zakres normy _____

105. Data badania _____
106. Albuminy i proteinogram _____ zakres normy _____
107. Data badania _____
108. Badanie serologiczne HBV i HCV _____ zakres normy _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

109. Data badania _____
110. Opis _____
- _____
- _____

Badanie RTG klatki piersiowej

111. Data badania _____
112. Opis _____
- _____
- _____

G. Inne badania i konsultacje (w zależności od wskazań klinicznych)

113. Konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu (data konsultacji, szczegółowy opis)
- _____
- _____
114. Konsultacja neurologiczna z/bez badaniem obrazowym OUN (data konsultacji, szczegółowy opis)
- _____
- _____
115. Konsultacja okulistyczna z badaniem odcinka przedniego i dna oka (data konsultacji, szczegółowy opis)
- _____
- _____
- _____
116. Konsultacja kardiologiczna z badaniem ECHO serca (data konsultacji, szczegółowy opis)
- _____
- _____

117. Konsultacja stomatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

118. Badania genetyczne w kierunku zespołów autozapalnych (data, szczegółowy opis)

119. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

120. Imię _____ 121. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

Wniosek bez uzupełnienia danych dotyczących niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrazadkowych z dopiskiem „Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych”.

**VII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH
PROGRAMU LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH
ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S CHOROÓB ULTRARZADKICH**

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____
12. Czy leczenie jest skuteczne? _____

Tak całkowicie uzyskano ustąpienie objawów klinicznych i normalizację badań laboratoryjnych

Tak częściowo - ustąpienie objawów klinicznych, nadal istotnie nieprawidłowe badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne, prawidłowe są badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne i nieprawidłowe są badania laboratoryjne, ale o mniejszym nasileniu

Nie - brak odpowiedzi na leczenie

Nie - utrata odpowiedzi na leczenie

13. Inne badania i konsultacje w zależności od wskazań klinicznych _____

Informacje dot. pacjenta zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

Data _____

nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis:

VII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie (mojego dziecka*) oraz zobowiązuje się do przyjmowania (podawania*) leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

VIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu – w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego

(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angikeratomy)

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

61. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

62. Postać choroby Fabry`ego*: klasyczna / nieklasyczna
* niepotrzebne skreślić

63. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce, przez kogo, czy obecnie jest w trakcie terapii, jeżeli tak – jaką substancją czynną) _____

64. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

65. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

66. Data badania: _____

67. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania:

68. Wynik badania genetycznego (w przypadku kwalifikacji do leczenia migalastatem – obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) _____

69. Data badania _____

70. Oznaczenie poziomu globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3): _____

zakres normy _____

71. Data badania _____

72. Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji) _____

zakres normy _____

73. Data badania _____

74. Morfologia krwi z rozmazem _____

zakres normy _____

75. Data badania _____

76. ALAT _____	
zakres normy _____	77. Data badania _____
78. AspAT _____	

zakres normy _____	79. Data badania _____
80. Kinaza keratynowa (CK) _____	

zakres normy _____	81. Data badania _____
82. Bilirubina całkowita _____	
zakres normy _____	83. Data badania _____
84. Badanie ogólne moczu _____	
zakres normy _____	85. Data badania _____
86. Stężenie kreatyniny i mocznika _____	

zakres normy _____	87. Data badania _____
88. eGFR (w przypadku kwalifikacji do migalastatu $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$) _____	

zakres normy _____	89. Data badania _____
90. Wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria _____	

zakres normy _____	91. Data badania _____
92. Stężenie glukozy na czczo _____	

zakres normy _____	93. Data badania _____
94. Lipidogram _____	

zakres normy _____	95. Data badania _____
96. Troponina _____	

zakres normy _____	97. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną nerek

98. Data badania _____

99. Opis _____

EKG

100. Data badania _____

101. Opis _____

Echokardiografia spoczynkowa

102. Data badania _____

103. Opis _____

24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera

104. Data badania _____

105. Opis _____

Rezonans magnetyczny mózgu

106. Data badania _____

107. Opis _____

G. Inne badania i konsultacje

108. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

109. Konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

112. Imię _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

113. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

VIII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić np. pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. morfologia krwi z rozmazem		
23. ALAT		
24. AspAT		
25. kinaza keratynowa (CK)		
26. bilirubina całkowita		
27. stężenie kreatyniny		
28. stężenie mocznika		
29. eGFR		
Wydalenie białka z moczem:		
30. proteinuria		
31. albuminuria		
32. lipidogram		
33. poziom lyso-Gb3		
34. ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie*		

*w uzasadnionych przypadkach

35. EKG (data konsultacji, szczegółowy opis)

36. Echokardiografia spoczynkowa (data konsultacji, szczegółowy opis)

37. 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera (data konsultacji, szczegółowy opis w uzasadnionych przypadkach)

38. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

39. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

40. konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

41. Rezonans magnetyczny OUN (data konsultacji, szczegółowy opis, w uzasadnionych przypadkach)

42. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą)

43. Wywiad w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry`ego (w tym tolerancji ciepła, zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji wlewów

44. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

45. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

VIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/.

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

* niepotrzebne skreślić

IX A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROBY ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Rozpoznanie:

60. Data rozpoznania lub wiek rozpoznania: _____
61. Rozpoznanie: _____

62. Podstawa postawienia rozpoznania (należy zaznaczyć właściwe): biochemiczne ☐, enzymatyczne ☐, molekularne ☐,

Badanie podmiotowe:

63. Data badania: _____

64. _____

Badanie przedmiotowe (znaczące dla danej choroby odchylenia od stanu prawidłowego):

65. Data badania: _____

66. _____

E. Badania:

67. Stężenie karnityny wolnej _____
_____ 68. Data badania _____

69. Stężenie karnityny całkowitej _____
zakres normy _____ 70. Data badania _____

71. Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas – wynik badania należy dołączyć do wniosku
_____ 72. Data badania _____

73. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

74. Imię _____ 75. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

IX B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby/wiek pacjenta _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. stężenie karnityny wolnej		
23. stężenie karnityny całkowitej		
24. stężenie acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas	wynik badania należy dołączyć do karty	—

25. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

IX C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuje się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

X A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

**) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej*

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

** 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)*

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladkowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis _____

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____

65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

66. Stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej _____ (zakres normy _____),

67. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

68. Data badania _____

69. Opis _____

G. Inne badania dodatkowe

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

70. morfologia krwi pełna _____ data badania _____

71. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo data badania _____

72. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu data badania _____

73. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo data badania _____

74. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo data badania _____

75. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo data badania _____

76. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo data badania _____

77. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo data badania _____

78. stężenie wapnia w porannej porcji moczu data badania _____

79. stężenie magnezu w porannej porcji moczu data badania _____

80. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo data badania _____

81. stężenie fosforu w porannej porcji moczu data badania _____

82. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo data badania _____

83. stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi na czczo data badania _____

84. stężenie białka całkowitego w surowicy krwi na czczo data badania _____

85. stężenie albumin w surowicy krwi na czczo data badania _____

próby wątrobowe:

79. AspAT data badania _____

87. ALAT data badania _____

88. gazometria krwi żyłnej data badania _____

89. analiza moczu data badania _____

90. stężenie TSH data badania _____

80. stężenie fT4 data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

92. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis)

81. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis, w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu opis musi zawierać potwierdzenie zidentyfikowania kryształków cysteaminy w badaniu przedniego odcinka dna oka)

82. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

83. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

96. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis)

97. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

98. Imię _____ 99. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężenia hemicystyny (cystyny) oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

X B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
Nr historii choroby _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- (a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 3 mies. obserwacji (do wykonania RAZ na 90 dni.)

miesiące obserwacji	Raz na 90 dni/180 dni
23. morfologia krwi	
24. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo	
25. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu	
26. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo	
27. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo	
28. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo	
29. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo	
30. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo	
31. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo	
32. stężenie wapnia w porannej porcji moczu	
33. stężenie magnezu w porannej porcji moczu	
34. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo	
35. stężenie fosforu w porannej porcji moczu	
36. gazometria krwi żyłnej	
37. analiza moczu	
39. stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej (raz na 180 dni)	

40. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis – raz na 90 dni)

- (b) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 180 dni):

41. stężenie TSH (data badania, wynik) _____

42. Stężenie fT4 (data badania, wynik) _____

43. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

44. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

(c) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 365 dni):

45. USG jamy brzusznej (data badania, wynik) _____

46. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

47. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

48. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

49. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

50. konsultacja gastrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

X C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

36. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta – proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania lub podejrzenia występowania choroby w rodzinie pacjenta)

L.p.	Inicjały	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

Inne dane z wywiadu:

Rozpoznanie – dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE): TYP I / TYP II*

*proszę zaznaczyć

37. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, w tym udokumentowanie występowania ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego — w poprzedzających 6 miesiącach opis. _____

38. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki długoterminowej lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi (leki prozakrzepowe, androgeny) (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

39. Czy pacjent był leczony z powodu napadów (Tak/Nie — jeżeli tak, to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) – konieczne podanie szczegółowych informacji dotyczących użycia leków ratunkowych z okresu poprzedzających 6 miesięcy

40. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki krótkoterminowej (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

41. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

42. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

43. Data badania: _____

44. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

45. Stężenie inhibitora C1 esteraazy we krwi _____ (zakres normy _____),

46. Data badania 1). _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

47. Aktywność inhibitora C1 esteraazy we krwi (jeśli dotyczy*) _____ (zakres normy _____),

48. Data badania 1). _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

*jeśli stężenie C1-esteraazy jest prawidłowe

49. Stężenie składowej C4 C4 dopełniacza _____ (zakres normy _____),

50. Data badania 1) _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

51. Stężenie składowej C1q dopełniacza (jeśli dotyczy**) _____ (zakres normy _____),

52. Data badania 1) _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

**badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego; dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił

powyżej 40. roku życia.

53. Morfologia krwi _____ (zakres normy _____),

54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. Badanie ogólne moczu _____ (zakres normy _____),

56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. Czas koagulinowo-kefalinowy (APTT) _____ (zakres normy _____),

58. Data badania _____

59. Oznaczenie INR _____ (zakres normy _____),

60. Data badania _____

61. AspAT _____ (zakres normy _____),

62. Data badania _____

63. AlAT _____ (zakres normy _____),

64. Data badania _____

65. Bilirubina całkowita _____ (zakres normy _____),

66. Data badania _____

67. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐

68. Data badania _____

69. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

70. Imię _____

71. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

4. Ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego ____

5. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/ w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

Pacjent*:

a) z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata

b) z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata

*proszę zaznaczyć

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, _____

37. Inne choroby przewlekłe (T/N) w tym obecność nowotworów: _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

38. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

39. Data badania: _____

40. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

Zgodnie z opisem programu lekowego B.121 w przypadku pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby) o zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu

41. Oznaczenie przeciwciał anty VGCC* _____ (zakres normy _____),

42. Data badania: _____

*lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości

43. badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); _____

44. Data badania: _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

45. Morfologia krwi _____

(zakres normy _____),

46. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

47. AlAT _____

(zakres normy _____),

48. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

49. AspAT) _____

(zakres normy _____),

50. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

51. stężenie kreatyniny _____

(zakres normy _____),

52. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

53. Ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) _____

54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. USG lub TK jamy brzusznej

56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. EKG

58. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

59. Konsultacja ginekologiczna u kobiet (data konsultacji/opis)

60. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

61. Imię _____

62. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

Zaburzenia cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem*:

- a) enzymatycznym,
- b) biochemicznym lub
- c) genetycznym

obejmujące niedobór*:

- a) syntetazy karbamoilofosforanowej I
- b) karbamoilotransferazy ornitynowej
- c) syntetazy argininobursztynianowej
- d) ligazy argininobursztynianowej
- e) arginazy I
- f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH)

*proszę zaznaczyć rodzaj badania oraz niedobór

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: _____

37. Brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów : _____

D. Stan przedmiotowy:

38. Data badania: _____

39. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

42. Stężenie amoniaku we krwi _____ (zakres normy _____),

43. Data badania: _____

44. Profil aminokwasów w osoczu; _____ (zakres normy _____),

45. Data badania: _____

46. Wydalanie kwasu orotowego w moczu _____ (zakres normy _____),

47. Data badania _____

48. Profil aminokwasów w moczu* _____ (zakres normy _____),

49. Data badania _____

(*przy podejrzeniu zespołu HHH)

50. Poziom argininobursztynianu we krwi lub w moczu* _____ (zakres normy _____),

51. Data badania _____

(*przy podejrzeniu deficytu ligazy argininobursztynianu)

52. Analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię

53. Data badania _____

54. Konsultacja psychologa – ocena rozwoju psychoruchowego i intelektualnego (data konsultacji/opis)

55. Konsultacja dietetyka – z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie (data konsultacji/opis)

56. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

57. Imię _____

58. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XIII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____
3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

4. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: _____

5. Stężenie amoniaku we krwi: _____

6. Stężenie amoniakwasów w osoczu: _____

7. Konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): _____

8. Konsultacja neurologiczna: _____

8. Konsultacja dietetyka: _____

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XIV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

BMI _____

Ciśnienie tętnicze krwi _____

C. Wywiad:

36. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego: _____

D. Stan przedmiotowy:

37. Data badania: _____

38. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

39. Stężenie amoniaku w osoczu _____ (zakres normy _____),

40. Data badania: _____

41. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów; _____ (zakres normy _____),

42. Data badania: _____

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

43. Morfologia krwi z rozmazem _____ (zakres normy _____),

44. Data badania _____

45. Gazometria krwi _____ (zakres normy _____),

46. Data badania _____

47. Profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS _____ (zakres normy _____),

48. Data badania _____

49. Profil acylokarnityn w suchej kropli krwi _____ (zakres normy _____),

50. Data badania _____

51. ALAT _____ (zakres normy _____),

52. Data badania _____

53. AspAT _____ (zakres normy _____),

54. Data badania _____

55. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej _____ (zakres normy _____),

56. Data badania _____

57. EKG _____

58. Data badania _____

Opis

59. Konsultacja psychologa – ocena rozwoju psychoruchowego i intelektualnego (data konsultacji/opis)

60. Konsultacja dietetyka (data konsultacji/opis)

61. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji/opis)

62. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

63. Imię _____

64. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XIV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

4. Szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego _____

Masa ciała	
Wysokość	
BMI	

5. Stężenie amoniaku w osoczu: _____

6. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów w osoczu/surowicy: _____

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

7. Gazometria krwi: _____

8. Morfologia krwi z rozmazem: _____

9. ALAT: _____

10. AspAT: _____

11. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej: _____

12. EKG: _____

13. EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach): _____

14. Konsultacja psychologa (w zależności od potrzeb, ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): _____

15. Konsultacja neurologiczna: _____

16. Konsultacja dietetyka: _____

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XIV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: _____

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony burosumabem, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): _____

C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: _____

37. Rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X _____

D. Badania dodatkowe:

38. Data badania: _____

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
Badanie RTG kośćca (data badania, wynik)		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS		

39. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

40. Imię _____

41. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
Badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków (data badania, wynik)		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: _____

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): _____

C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: _____

37. Rozpoznanie ASMD typu A/B lub B* potwierdzone badaniem genetycznym _____

* właściwe zaznaczyć

D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała _____ wysokość ciała _____

39. badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy [data badania _____]

40. analiza genu SMPD1 [data badania _____]

41. poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin [data badania _____]

42. DLco (w przypadku pacjentów ≥ 18 r.ż.) [data badania _____]

43. aktywność chitotriozydazy [data badania _____]

44. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania _____]

45. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania _____]

46. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania _____]

47. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania _____]

48. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku

dzieci)

49. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku dorosłych)

50. Z-score (w przypadku dzieci)

51. RTG płuc lub HRCT [data badania _____] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]

52. Spirometria [data badania _____]

53. EKG [data badania _____]

54. Badanie DEXA [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]

55. RTG kości długich [MRI w uzasadnionych przypadkach] [data badania _____]

56. Test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym [data badania _____]

57. Dodatkowe badania [data badania _____]

Oznaczenie stężenia	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
APTT		
INR		
Bilirubina całkowita		
Bilirubina sprzężona		
ALT		
AST		
Fosfataza alkaliczna		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDL		
HDL		
Konsultacja neurologiczna [data badania _____]		
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię _____ 60. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:
[data badania _____]

Oznaczenie	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
ALT		
AST		
bilirubina całkowita		
poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDH		
HDL		
MRI i USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony [data badania _____]		
EKG [data badania _____]		
RTG płuc lub HRCT [data badania _____] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]		
Spirometria [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
Badanie DEXA [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
RTG kości długich (MRI w uzasadnionych przypadkach) [data badania _____]		

Konsultacja neurologiczna [data badania _____]
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Konsultacja ortopedyczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania [data badania _____]

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B*

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

*w przypadku pacjentów powyżej 16 roku życia zgoda na leczenie musi być podpisane przez pacjenta i opiekuna prawnego

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

XVI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: _____

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem):

C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: _____

37. Rozpoznanie potwierdzone badaniem genetycznym* _____

*badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (lp36.12) w przebiegu HPP

D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała _____ wysokość ciała _____

39. oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy [data badania _____]

40. oznaczenie stężenia wapnia w surowicy [data badania _____]

41. oznaczenie stężenia magnezu w surowicy [data badania _____]

42. oznaczenie stężenia fosforu w surowicy [data badania _____]

43. oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy [data badania _____]

44. oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy [data badania _____]

45. test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym [data badania _____]

46. test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT) [data badania _____]

47. badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS [data badania _____]

48. badanie USG nerek [data badania _____]

49. ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku [data badania _____]

50. konsultacja neurochirurgiczna – w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy [data badania _____]

51. konsultacja okulistyczna [data badania _____]

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię _____

60. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XVI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego*:
[data badania _____]

Oznaczenie	Wynik	Norma
Oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy		
Oznaczenie stężenia wapnia w surowicy		
Oznaczenie stężenia magnezu w surowicy		
Oznaczenie stężenia fosforu w surowicy		
Oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy		
Oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy		
Badanie RTG kości [data badania _____]		
Badanie densytometryczne DXA – u pacjentów powyżej 5 r.ż. [data badania _____]		
Badanie USG nerek [data badania _____]		
Test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku pacjentów chodzących [data badania _____]		
Pomiary antropometryczne [data badania _____]		
Masa ciała Wzrost		
Konsultacja ortopedyczne [data badania _____]		

Konsultacja okulistyczna [data badania _____]
Dodatkowe uwagi/informacje:

*badania wykonuje się w 3-cim, 6-tym i 12 miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu)

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

XVI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 7 listopada 2024 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) oraz weryfikacja skuteczności leczenia
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H 35.3 - Zwyrodnienie plamki i bieguna tylnego H 36.0 – Retinopatia cukrzycowa
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki
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 okulistyki
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych; 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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H35.3, H36.0)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H35.3, H36.0) – moduł AMD

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Oko (lewe/prawe):

Wielkość zmiany DA:

Ostrość wzroku (wg tablicy Snellena/ EDTRS):.....

Ciśnienie śródgałkowe (mmHg):

Powierzchnia zmiany (%):.....

Grubość siatkówki w OCT (μm):.....

Forma zmiany wysiękowej:.....

Terapia (nowa/ zmiana leku):.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Brak dominującego zaniku geograficznego		
2. Brak dominującego wylewu krwi		
3. Brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka		
4. Brak przeciwwskazań do terapii		
5. Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklisktowych		
6. Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

.....

nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z chorobami
siatkówki (ICD-10: H35.3, H36.0) – moduł DME**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Oko (lewe/prawe):

Postać (DRT/CME/SRD):

Ostrość wzroku (wg tablicy Snellena/ EDTRS):

Ciśnienie śródgałkowe (mmHg):

Grubość siatkówki w OCT (μ m):

Stężenie HbA1c:

Terapia (nowa/ zmiana leku):

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki)		
2. DRIL w obszarze poddołkowym		
3. Makulopatia niedokrwienna		
4. Pacjent spełnia pozostałe kryteria kwalifikacji		
5. Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych		
6. Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Data:

.....

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H35.3, H36.0)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: aflibercept 8 mg

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H35.3, H36.0)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie afliberceptem 8 mg oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....
Podpis pacjenta

Data

.....
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki; 2) Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1; 3) Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN); 4) Leczenie zespołu Prader-Willi; 5) Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT); 6) Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 23 — somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP); 2) Q 96 — zespół Turnera (ZT); 3) N 18 — przewlekła niewydolność nerek (PNN); 4) Q 87.1 — zespół Prader-Willi (PWS); 5) E 34.3 — karłowatość, gdzie indziej niesklasyfikowana (ciężki pierwotny niedobór insulinopodobnego czynnika wzrostu-1); 6) R 62.9 — brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizycznego, nie określony (niskorosłe dzieci urodzone jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu
1.6	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub nefrologii, lub nefrologii dziecięcej, lub genetyki klinicznej
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się 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. **Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu**

I A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

W ramach programu możliwe jest leczenie niskorosłych dzieci z SNP substancjami:

a) somatotropinum

b) somatogon

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ Płeć (M/K) _____

1. PESEL dziecka _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i dane jednostki kierującej

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____

Ojciec:

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

Matka:

8. Imię _____ 9. Nazwisko _____

10. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

13. Miejscowość _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszk. _____ 19. Woj. _____

20. Tel. dom. _____ 21. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

22. Pełna nazwa _____

23. Miejscowość _____ 24. Kod _____

25. ul. _____ 26. Nr _____

27. tel. _____ 28. fax _____

29. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

B. Dane auksologiczne:

30. Data pomiaru _____
31. Wzrost / długość _____ cm 32. centyl _____ 33. hSDS _____
34. Masa ciała _____ kg 35. centyl dla wieku wzrostowego _____ 36. BMI _____
37. Wiek kostny _____ 38. Data rtg _____
39. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

40. Wzrost / długość _____ cm 41. Data I pomiaru _____
42. Wzrost / długość _____ cm 43. Data II pomiaru _____
44. Tempo wzrastania _____ cm/rok

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	^{x)} Przebieg dojrzewania
Ojciec:	45. _____ cm / _____ centyl	46. _____	47. _____	48. _____ ¹⁾
Matka:	49. _____ cm / _____ centyl	50. _____	51. _____	52. _____ ¹⁾

^{x)} prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

53. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	centyl
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

54. Masa ciała przy ur. (g) _____ 55. Długość ciała (cm) _____ 56. Obwód głowy (cm) _____
57. Który poród _____ 58. Która ciąża _____ 59. Czas trwania ciąży w tyg. _____
60. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE opisz nieprawidłowości _____

Poród (T/N):

61. Fizjologiczny, siłami natury _____ 62. Cięcie cesarskie _____ 63. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

64. Samoistna (T/N) _____ 65. Ocena wg skali Apgar 5 min _____
66. Przebieg okresu noworodkowego (opis – jeżeli nieprawidłowy) _____

Inne dane z wywiadu:

67. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

68. Choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____
69. Hipoglikemia – (T/N) _____
Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____
70. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
Jeśli Tak – wymień rodzaj choroby oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania, np. glikokortykoidy, z podaniem sumarycznej dawki _____
71. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____
72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jakim preparatem i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) _____

D. Stan przedmiotowy:

73. Data badania: _____
74. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe) _____

Dojrzewanie płciowe (wg skali Tannera)

75. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____ 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) nieznane
76. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Badania obrazowe: USG przezciężciowe

77. Data badania _____
78. Opis _____

MRI lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

79. Data badania _____

80. Opis _____

81. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T – proszę podać daty i wyniki tych badań: _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania SNP lub WNP lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

82. Wyniki tych badań:

data	rodzaj badania	wynik badania
	jonogram surowicy krwi: Na+ Ca++ całkowity Ca++ zjonizowany	
	morfologia krwi, z rozmazem	
	ocena przemian lipidowych: stężenie triglicerydów, stężenie całkowitego cholesterolu stężenie frakcji HDL-cholesterolu stężenie frakcji LDL-cholesterolu	
	ocena czynności wątroby: AIAT AspAT	
	stężenie 25OH wit. D	
	p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA	

83. Inne badania – data i rodzaj badania _____

G. Badania hormonalne:

Testy stymulujące sekrecję GH (konieczne co najmniej 2 testy):

TEST 1.

84. Data wykonania _____

85. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

86. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

87. Data wykonania _____

88. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

89. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

90. Data pomiaru _____ 91. fT_3 (T/N) _____ jednostki _____

92. fT_4 (T/N) _____ jednostki _____

93. TSH: _____ jednostki _____

94. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

95. Podaj rodzaj i dawkę leku _____

Stężenie gonadotropin w surowicy:

96. Data pomiaru _____ FSH _____ jedn. _____ LH _____ jedn. _____

Prolaktyna w surowicy:

97. Data pomiaru _____ 98. stężenie PRL: _____ jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

99. Data pomiaru _____ 100. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ Jedn. _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ Jedn. _____

ACTH w surowicy:

101. Data pomiaru _____

102. Uzyskane wartości stężeń: _____ godz. _____ Jedn. _____

IGF-I w surowicy:

103. Data pomiaru _____ 104. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

Należy podać normę laboratoryjną _____ jedn. _____

IGFBP-3 w surowicy:

105. Data pomiaru _____ 106. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

Należy podać normę laboratoryjną _____ jedn. _____

H. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania

Ocena przemian węglowodanowych:

107. stężenie glukozy na czczo _____

108. Data pomiaru _____ 109. Uzyskana wartość _____ jedn. _____

110. odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) _____

111. Data pomiaru _____ 112. Uzyskana wartość _____ %

113. Test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii

114. Data pomiaru _____ 115. Ilość podanej glukozy _____ g

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
Glikemia						
Insulinemia						

Inne badania (data i rodzaj badania)

116. _____

I. Konsultacje

117. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka _____

Inne konsultacje (podaj datę i rodzaj konsultacji)

118. _____

J. Rozpoznanie:

119. Postać idiopatyczna SNP (T/N) _____ 120. Wielohormonalna (T/N) _____

121. Izolowana (T/N) _____ 122. Rodzinna (T/N) _____

Postać organiczna:

123. (T/N) – jeśli tak to podaj przyczynę i sposób leczenia _____

124. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to podaj kiedy był zabieg i opisz rodzaj zabiegu _____

125. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny wieku kostnego – z załączeniem RTG śródreźcza oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) i bez zgody rodziców/opiekunów na leczenie nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, koniecznych do rozpoznania SNP, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

IB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki.

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

II A. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z zespołem Turnera

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjenta z zespołem Turnera

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ Płeć (M/K) _____

1. PESEL dziecka _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej.

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____

Ojciec:

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

Matka:

8. Imię _____ 9. Nazwisko _____

10. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

13. Miejscowość _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszkania _____ 19. Woj. _____

20. Tel. dom. _____ 21. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

22. Pełna nazwa _____

23. Miejscowość _____ 24. Kod _____

25. ul. _____ 26. Nr _____

27. Tel. _____ 28. Fax _____

29. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

30. Imię _____ 31. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane anksologiczne pacjenta:

32. Wzrost (cm) _____ 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____

Rodzice:

Wzrost (cm/centyl) _____ 35. Ojciec: ____ cm/ ____ centyl 36. Matka: ____ cm/ ____ centyl

37. Średni wzrost rodziców (mph) _____

38. Masa ciała pacjenta (kg) _____ 39. Data pomiaru _____

40. BMI _____ 41. Wiek kostny *) _____ 42. Data rtg _____

43. Metoda oceny wieku kostnego _____

44. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

45. Wzrost _____ cm 46. Data I pomiaru _____

47. Wzrost _____ cm 48. Data II pomiaru _____

49. Tempo wzrastania w cm/rok _____

C. Wywiad:

50. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____

51. Długość ciała (cm) _____ 52. Obwód głowy (cm) _____

53. Który poród _____ 54. Która ciąża _____ 55. Czas trwania ciąży w tyg. _____

56. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____

57. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

58. Fizjologiczny, siłami natury _____ 59. Cięcie cesarskie _____ 60. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

61. Samoistna _____ 62. Wspomagana _____

63. Uraz porodowy _____ 64. Niedotlenienie i resuscytacja _____

65. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____

66. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

67. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____ ,

68. Choroby przewlekłe (T/N) _____
69. Jeśli TAK – wymień jakie choroby, kiedy i jakie leki stosowano: _____

70. Podaj także, inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania oraz często powtarzające się choroby _____

71. Czy pacjentka była leczona preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę wpisać w jakim okresie, jakim lekiem i jaką dawką oraz umieścić te dane w załączonej do wniosku siatce centylowej. _____

D. Stan przedmiotowy:

72. Data badania: _____
73. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe) _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

74. Data badania _____
75. Thelarche _____ 76. Pubarche _____ 77. Menarche (T/N) _____
78. Data pierwszej miesiączki, także jednorazowego, skąpego plamienia _____
79. Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej _____

80. Substytucja estrogenowa: (T/N), _____
jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia oraz stosowane leki i dawki _____
81. Substytucja progesteronowa: (T/N), _____
jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia oraz stosowane leki i dawki _____

E. Badania dodatkowe:

Kariotyp:

82. Data badania _____ 83. Numer badania podany przez pracownię _____
84. Pracownia wykonująca badanie _____
85. Metoda badania _____
86. Mitozy liczone _____ 87. Mitozy analizowane _____
88. Wynik badania*) _____

*) w przypadku stwierdzenia chromosomu markerowego (chromosom Y) wniosek może być rozpatrywany dopiero po wykonaniu badań określających pochodzenie fragmentu tego chromosomu.

Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej i miednicy małej

89. Data badania _____
90. Opis _____
- _____
- _____
- _____

USG serca

91. Data badania _____
92. Opis _____
- _____
- _____
- _____
93. Inne zastosowane metody obrazowania (T/N) _____ Jeśli T – podaj rodzaj badania, ich daty i wyniki:
- _____
- _____
- _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe ważne dla rozpoznania^{*)}, zgodnie z opisem programu

^{*)} szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania / wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu, hiperglikemii, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, zaburzeń metabolicznych i innych.

94. Wyniki — opis, z podaniem daty:
- _____
- _____
- _____

95. Glikemia na czczo _____ jednostki _____ data badania _____
96. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____ data badania _____
97. Test doustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glukozy i insuliny),

Czasy	0	30	60	90	120	Minut
Glikemia						jedn. _____
Insulinemia						jedn. _____

G. Badania hormonalne:

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

98. Data _____ 99. fT₄ _____ jednostki _____
100. TSH _____ jednostki _____
101. Rozpoznano niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____
102. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj od kiedy i jaką dawką _____

Gonadotropiny w surowicy:

103. Data _____ 104. LH _____ jednostki _____
105. Data _____ 106. _____ FSHjednostki _____

IGF-I w surowicy:

107. Data _____ 108. _____ IGF-Ijednostki _____

IGFBP3 w surowicy:

109. Data _____ 110. IGFBP3 _____ jednostki _____

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Lekarz prowadzący:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej opisu kariotypu, oznaczeń stężeń TSH, fT₄, i IGF-I oraz oceny przemian węglowodanowych, a ponadto zdjęcia do oceny WK, wyniku obrazowania układu sercowo – naczyniowego, jamy brzusznej, miednicy małej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynacyjnego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

IIB. Załącznik do wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Turnera

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

III A. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU
WNIOSEK**

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____

1. PESEL pacjenta _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____ 6. Płeć (1 = K, 2 = M) _____

Ojciec:

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

Matka:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

11. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

12. Imię _____ 13. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

14. Miejscowość _____ 15. Kod _____

16. Poczta _____ 17. Ulica _____

18. Nr domu _____ 19. Nr mieszk. _____ 20. Woj. _____

21. Tel. dom. _____ 22. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

23. Pełna nazwa _____

24. Miejscowość _____ 25. Kod _____

26. ul. _____ 27. Nr _____

28. Tel. _____ 29. Fax _____

30. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

31. Imię _____ 32. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne:

33. Wzrost (w cm) _____ 34. Centyl _____ 35. Data pomiaru _____
36. Masa ciała (w kg) _____ 37. Centyl dla wieku wzrostowego _____
38. BMI _____ 39. Wiek kostny _____ 40. Data badania _____
41. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

42. Wzrost _____ cm 43. Data I pomiaru _____
44. Wzrost _____ cm 45. Data II pomiaru _____
46. Tempo wzrastania _____ cm/rok 47. hSDS _____

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	48. _____ cm/ _____ c	49. _____	50. _____	51. _____
Matka:	52. _____ cm/ _____ c	53. _____	54. _____	55. _____

Dojrzewanie: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

C. Wywiad:

56. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 57. Długość ciała (cm) _____ 58. Obwód głowy (cm) _____
59. Który poród _____ 60. Która ciąża _____ 61. Czas trwania ciąży w tyg. _____
62. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE, należy wypełnić pkt 63. _____
63. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

64. Fizjologiczny, siłami natury _____ 65. Cięcie cesarskie _____ 66. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

67. Niedotlenienie i resuscytacja (T/N) _____
68. Stan po urodzeniu wg skali Apgar: _____ 5 min _____

69. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

70. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
Jeśli TAK – proszę wymienić jakie choroby, kiedy i jakie stosowano leczenie: _____

71. Proszę podać także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, inne _____

72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie, jakim preparatem i w jakiej dawce oraz nanieść te dane na załączonej do wniosku siatce centylowej. _____

D. Stan przedmiotowy:

73. Data badania _____

74. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

75. Data badania _____

76. Stopień _____

77. Wystąpienie dojrzewania – _____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

E. Dane dotyczące choroby zasadniczej

78. Rozpoznanie, przyczyna PNN _____

79. Data rozpoznania PNN _____

80. Data rozpoczęcia dializ _____

81. Metoda dializ _____ (daty) _____

82. Czy był przeszczep nerki _____ (daty) _____

83. Badanie laboratoryjne:

Morfologia krwi _____

Mocznik _____ Kreatynina _____ FA _____

Ca, P _____ PTH _____ Glikemia _____

Białko całkowite _____ Albuminy _____

Cholesterol _____ TG _____

Inne badania _____

84. Stosowana dieta _____

kalorie _____ białko _____

85. Stosowane leczenie _____

Alfakalcidol _____ lub inny aktywny metabolit witaminy D _____

Calcium carbonicum _____

Inne leki _____

F. Inne badania dodatkowe ważne dla rozpoznania, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania – wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

86. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez RTG śródreźcza (wiek szkieletowy) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania, siatki centylowej nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka, w którym badanie takie będzie możliwe do wykonania.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

III B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

IV A. Wniosek o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z Zespołem Prader-Willi

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjentów z zespołem Prader-Willi

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____
8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Kod _____
18. Poczta _____ 19. Ulica _____
20. Nr domu _____ 21. Nr mieszk. _____ 22. Woj. _____
23. Tel. dom. _____ 24. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

25. Pełna nazwa _____
26. Miejscowość _____ 27. Kod _____
28. ul. _____ 29. Nr _____
30. Tel. _____ 31. Fax. _____
32. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

33. Imię _____ 34. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane anksologiczne:

35. Wzrost (cm) _____ 36. centyl _____ 37. Data pomiaru _____
38. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 39. BMI (wartość i centyl dla wieku i płci) _____
40. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 41. Data drugiego pomiaru* _____
42. BMI* (wartość i centyl dla wieku i płci) _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

43. Wzrost _____ cm 44. Data I pomiaru _____
45. Wzrost * _____ cm 46. Data II pomiaru * _____
47. Tempo wzrastania (w cm/rok) _____
48. Wiek kostny _____ 49. Data rtg _____
50. Metoda oceny wieku kostnego _____

* Wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji

Rodzice

Data pomiaru _____

- Wzrost (cm): _____ 51. Ojciec: _____ 52. Matka: _____
- Masa ciała (kg): _____ 53. Ojciec: _____ 54. Matka: _____
- BMI: _____ 55. Ojciec: _____ 56. Matka: _____
57. Wzrost rodzeństwa: _____

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost		Masa c.		BMI	
				cm	centyl	kg	centyl		centyl
1.									
2.									
3.									
4.									

C. Wywiad:

58. Masa ciała przy ur. (g) _____ 59. Długość ciała (cm) _____ 60. Obwód głowy (cm) _____
61. Który poród _____ 62. Która ciąża _____ 63. Czas trwania ciąży w tyg. _____
64. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____
65. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

66. Fizjologiczny _____ 67. Cięcie cesarskie _____ 68. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

69. Samoistna _____ 70. Wspomagana _____
71. Uraz porodowy _____ 72. Niedotlenienie i resuscytacja _____
73. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____
74. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____
- _____
- _____
- _____

Inne dane z wywiadu:

75. Nietolerancja węglowodanów/cukrzyca – (T/N) – jeśli tak, podać rok rozpoznania i sposób leczenia _____
- _____
76. Przedłużające się infekcje górnych dróg oddechowych – (T/N) – jeśli tak to proszę podać opis _____
- _____
77. Bezdech w wywiadzie (T/N), jeśli tak to podać jak często występowały i jak długo trwały oraz wykonać badanie polisomnograficzne _____
78. Hipogonadyzm (T/N) _____ 79. Hipoglikemia (T/N) _____
80. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
81. Jeśli TAK – wymień jakie: _____
- _____
82. Podaj także inne dane, np. kiedy spostrzeżono nadmierny przyrost masy ciała, zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, szczególnie infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych oraz inne choroby _____
- _____
- _____
83. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
- Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie był leczony, jakim preparatem, w jakiej dawce oraz nanieść te dane na siatkę centylową załączoną do wniosku _____
- _____
- _____

D. Stan przedmiotowy:

84. Data badania: _____
85. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, stan odżywienia, budowa ciała, cechy dysmorfii, towarzyszące wady rozwojowe). _____
- _____
- _____
- _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

86. Data badania _____
87. Thelarche _____ 88. Pubarche _____ 89. Menarche (T/N) _____
90. Data pierwszej miesiączki _____
91. Jądro prawe (T/N) _____ 92. Brak _____
93. Jądro lewe (T/N) _____ 94. Brak _____
- Objętość jąder w ml: 95. Lewe _____ 96. Prawe _____
97. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____
- 1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane
98. Czy pacjent otrzymywał leki wpływające na procesy dojrzewania płciowego (T/N) _____
99. Jeśli tak wymień jakie leki, w jakich dawkach i kiedy: _____
- _____
- _____

E. Badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu:

Ocena rozwoju psychoruchowego/intelektualnego

100. Data badania: _____
101. Opis konsultacji psychologicznej z oceną rozwoju psychoruchowego/intelektualnego —
(z podaniem zastosowanej metody) _____
- _____
- _____
- _____

Badanie laryngologiczne z opinią odnośnie drożności górnych dróg oddechowych oraz ryzyka nocnych bezdechów

102. Data badania _____
103. Opis badania _____
- _____
- _____
- _____

Badanie genetyczne

104. Data badania _____ 105. Numer badania podany przez pracownię _____
106. Pracownia wykonująca badanie _____
- _____
107. Wynik badania _____
- _____
- _____
- _____

Badania obrazowe

Badania ultrasonograficzne

108. Data badania _____

109. Opis _____

Inne badania obrazowe

110. Data badania _____

111. Opis _____

Ocena przemian węglowodanowych:

112. Data pomiaru _____ 113. Glikemia przygodna _____

114. Data pomiaru _____ 115. Glikemia na czczo _____

116. Data pomiaru _____ 117. Odsetek glikowanej hemoglobiny A1c _____

118. Data pomiaru _____

119. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	
Glikemia						jedn. _____
Insulinemia						jedn. _____

Ocena przemian lipidowych

120. Data pomiaru _____ 121. Stężenie triglicerydów _____

122. Data pomiaru _____ 123. Stężenie cholesterolu całkowitego _____

124. Data pomiaru _____ 125. Stężenie frakcji LDL cholesterolu _____

126. Data pomiaru _____ 127. Stężenie frakcji HDL cholesterolu _____

F. Badania hormonalne:

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

128. Data _____ 129. FT4 _____ jednostki _____

130. TSH _____ jednostki _____

131. Rozpoznano niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

132. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj dawkę _____

Gonadotropiny w surowicy:

133. Data _____ 134. LH _____ jednostki _____
135. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

136. Data _____ 137. IGF-I _____ jednostki _____

IGFBP₃ w surowicy:

138. Data _____ 139. IGFBP₃ _____ jednostki _____

**Kortyzol
poranny:**

140. Data _____ 141. _____ jednostki _____

nocny:

142. Data _____ 143. _____ jednostki _____

Inne badania hormonalne:

144. Data wykonania _____

145. opis _____

146. Data wykonania _____

147. opis _____

G. Inne informacje:

148. Czy pacjent jest leczony dietetycznie (T/N) _____

149. Jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem _____

150. Inne badania wykonane u pacjenta

151. Czy pacjent jest poddany rehabilitacji (T/N) _____

152. Jeżeli tak to od kiedy, z jakim efektem i jaką metodą _____

153. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

154. Imię _____ 155. Nazwisko _____

156. Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez: rozpoznania potwierdzonego badaniem genetycznym, co najmniej 6 mies. okres obserwacji wzrastania i stanu odżywienia (BMI), arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe, z siatką centylową BMI), konsultacji laryngologa i psychologa, informacji na temat stosowanej diety i prowadzonej rehabilitacji, rtg śródreczęcha do oceny wieku kostnego, pomiaru stężeń TSH, fT₄ i IGF-1 oraz oceny tolerancji węglowodanów po próbie obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii nie będzie rozpatrywany.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu

IVB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

IV B1. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi u dziecka powyżej 16 roku życia i u osoby dorosłej

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

▪ w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis pacjenta _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

V A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL dziecka _____
4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____
8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Nr _____ 18. Kod _____
19. Poczta _____ 20. Ulica _____
21. Nr domu _____ 22. Nr mieszk. _____ 23. Województwo _____
24. Tel. dom. _____ 25. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

26. Pełna nazwa _____

27. Miejscowość _____ 28. Kod _____
29. ul. _____ 30. Nr _____
31. Tel. _____ 32. Fax _____
33. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

34. _____ 35. _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane anksologiczne:

36. Wzrost _____ cm 37. centyl _____ 38. Data pomiaru _____
 39. hSDS _____
 40. Masa ciała _____ kg 41. centyl dla wieku wzrostowego _____
 42. BMI _____ 43. Wiek kostny _____ 44. Data rtg _____
 45. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

46. Wzrost _____ cm 47. Data I pomiaru _____
 48. Wzrost _____ cm 49. Data II pomiaru _____
 50. Tempo wzrastania _____ cm/rok

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	51. _____ cm / _____ centyl	52. _____	53. _____	54. _____ *)
Matka:	55. _____ cm / _____ centyl	56. _____	57. _____	58. _____ *)

*) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

59. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

60. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 61. Długość ciała (cm) _____ 62. Obwód głowy (cm) _____
 63. Który poród _____ 64. Która ciąża _____ 65. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 66. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE należy wypełnić pkt 67.
 67. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

68. Fizjologiczny, _____ 69. Cięcie cesarskie _____ 70. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

71. Samoistna _____ 72. Wspomagana _____
 73. Uraz porodowy _____ 74. Niedotlenienie i resuscytacja _____
 75. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____

76. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

77. Cukrzyca – (T/N) – jeśli TAK, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____,

78. Hipogonadyzm – (T/N) _____

79. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli TAK – wymień rodzaj choroby / chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania _____

80. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

81. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu lub rhIGF-1? (T/N) _____

Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej. Jeżeli tak to proszę podać opis _____

D. Stan przedmiotowy:

82. Data badania: _____

83. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

84. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

85. Data badania _____ 86. Thelarche _____ 87. Pubarche _____

88. Menarche (T/N) _____ 89. Data pierwszej miesiączki _____

90. Jądro prawe (T/N) _____ 91. Brak _____

92. Jądro lewe (T/N) _____ 93. Brak _____

Objętość jąder w ml: 94. Lewe _____ 95. Prawe _____

96. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Badania obrazowe:**MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej**

97. Data badania _____

98. Opis _____

_____**USG serca**

99. Data badania _____

100. Opis wyniku badania _____
_____101. Konsultacja kardiologiczna (proszę podać datę i opis) _____
_____102. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka (proszę podać datę i opis) _____
_____103. Inne zastosowane badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T – podać daty i wyniki tych badań:
_____**F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu**

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

104. Wyniki tych badań z podaniem daty: _____

_____**G. Badania hormonalne:**

105. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						

podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

Testy stymulujące sekrecję GH:**TEST 1.**

106. Data wykonania _____

107. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemię)

108. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

109. Data wykonania _____

110. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

111. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Ocena przemian węglowodanowych

112. Data pomiaru _____ 113. Glikemia przygodna _____

114. Data pomiaru _____ 115. Gliemia na czczo _____

116. Data pomiaru _____ 117. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____

118. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

119. Data pomiaru _____

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
Glikemia						
Insulinemia						

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

120. Data _____ 121. TSH _____ jednostki _____

122. FT4 _____ jednostki _____

123. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

124. Substytucja (T/N): _____ 125. podaj dawkę leku _____

Test z LH-RH lub badanie podstawowe gonadotropiny w surowicy:

Gonadotropiny w surowicy:

126. Data _____ 127. LH _____ jednostki _____

128. FSH _____ jednostki _____

129. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 130. Substytucja (T/N): _____

Prolaktyna w surowicy:

131. Data: _____ 132. Stężenie PRL _____ jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

133. Data _____

134. Uzyskane wartości:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn.: _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn.: _____

ACTH w surowicy:

135. Data _____

136. Uzyskane wartości: _____ godz. _____ jedn. _____

IGF-I w surowicy:

137. Data _____ 138. Uzyskane wartości: _____ jedn. _____

Test generacji somatomedyn:

139. Data _____

140. Opis rodzaju testu _____

141. Opis wyniku _____

IGFBP-3 w surowicy:

142. Data _____ 143. Uzyskane wartości: _____ jedn. _____

144. Inne badania i konsultacje ważne do postawienia rozpoznania _____

145. Wynik badań genetycznych (molekularnych) – receptora hormonu wzrostu, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu _____

146. Konsultacja genetyczna _____

H. Rozpoznanie:

147. Potwierdzone badaniem genetycznym (T/N) _____

148. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu rhIGF-1:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii rhIGF-1 pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko kierownika
jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń glukozy, insuliny, TSH, fT₄ i IGF-I, IGFBP₃, testu generacji somatomedyn, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe), wyniku konsultacji laryngologicznej z oceną audiogramu

oraz konsultacji kardiologicznej z oceną USG serca, a w przypadkach wątpliwych bez wyniku badań molekularnych receptora GH, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu nie będzie rozpatrywany.

2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

VB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1:

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie preparatem rekombinowanego ludzkiego IGF-1 mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

VI A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL dziecka _____
4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____
8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Nr _____ 18. Kod _____
19. Poczta _____ 20. Ulica _____
21. Nr domu _____ 22. Nr mieszk. _____ 23. Województwo _____
24. Tel. dom. _____ 25. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

26. Pełna nazwa _____
27. Miejscowość _____ 28. Kod _____
29. ul. _____ 30. Nr _____
31. Tel. _____ 32. Fax _____
33. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

34. Imię _____ 35. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne:

36. Wzrost _____ cm 37. centyl _____ 38. Data pomiaru _____
 39. hSDS _____
 40. Masa ciała _____ kg 41. centyl dla wieku wzrostowego _____
 42. BMI _____ 43. Obwód głowy _____ cm 44. Obwód głowy _____ centyl
 45. Obwód klatki piersiowej _____ cm 46. Obwód klatki piersiowej _____ centyl
 47. Wiek kostny _____ 48. Data rtg _____
 49. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

50. Wzrost _____ cm 51. Data I pomiaru _____
 52. Wzrost _____ cm 53. Data II pomiaru _____
 54. Tempo wzrastania _____ cm/rok 55. SD do wieku metrykalnego _____

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	56. _____ cm / _____ centyl	57. _____	58. _____	59. _____ *)
Matka:	60. _____ cm / _____ centyl	61. _____	62. _____	63. _____ *)

*) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

64. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

65. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 66. SD do wieku ciążowego _____
 67. Długość ciała (cm) _____ 68. SD do wieku ciążowego _____
 69. Obwód głowy (cm) _____ 70. SD do wieku ciążowego _____
 71. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 72. SD do wieku ciążowego _____

* Proszę wpisać nazwę siatek, do których odnoszono masę i długość ciała

73. Który poród _____ 74. Która ciąża _____ 75. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 76. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy NIE to proszę opisać _____

77. W przypadku, gdy w czasie ciąży wykonywano USG to proszę wpisać, w którym tygodniu i jak oceniono rozwój/wzrastanie płodu (opis) _____

Poród (T/N):

78. Fizjologiczny, siłami natury _____ 79. Pośladowy _____
80. Cięcie cesarskie _____ 81. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

82. Samoistna _____ 83. Wspomagana _____
84. Uraz porodowy _____ 85. Niedotlenienie i resuscytacja _____
86. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____
87. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

88. Wady wrodzone (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj wad, wiek dziecka, w którym rozpoznano wady i rodzaj leczenia _____

89. Cechy dysmorficzne (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj, wiek dziecka, w którym je rozpoznano _____

90. Jeżeli w przypadku wad lub cech dysmorficznych Tak, to czy u dziecka wykonano badanie genetyczne (T/N) – jeśli Tak, podać opis _____

91. Upośledzona tolerancja węglowodanów (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

92. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

93. Alergie / egzema – (T/N) _____
94. Jeśli tak to proszę podać rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami, z podaniem sumarycznej ich dawki _____

95. Hipogonadyzm – (T/N) _____
96. Hipoglikemia – (T/N) _____ Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

97. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
Jeśli Tak to proszę wymienić rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie, które mogą upośledzać procesy wzrastania _____

98. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

99. Zabiegi operacyjne (T/N) _____ Opis _____

100. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) _____

D. Stan przedmiotowy:

101. Data badania: _____
102. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe, cechy dysmorficzne).____

Ciśnienie tętnicze

103. Data badania _____ 104. skurczowe _____ 105. rozkurczowe _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

106. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

107. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Konsultacje:

108. Konsultacja psychologiczna. Data badania _____ Opis. _____

109. Konsultacja okulistyczna. Data badania _____ Opis. _____

110. Inne konsultacje. Data badania _____ Opis. _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

111. Data badania _____

112. Opis _____

USG układu sercowo-naczyniowego

113. Data badania _____

114. Opis _____

MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej

115. Data badania _____

116. Opis _____

117. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli TAK – to proszę podać daty i wyniki tych badań:

G. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla wykluczenia innych aniżeli SGA lub IUGR przyczyn niedoboru wzrostu).

118. Stężenie triglicerydów Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

119. Stężenie całkowitego cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

120. Stężenie HDL cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

121. Stężenie LDL cholesterolu. Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

122. Odsetek HbA_{1c} Data badania _____ Wynik _____

123. Jonogram surowicy krwi Data badania _____ Na _____ Ca _____

124. Morfologia krwi z rozmazem _____ Data badania _____ Wynik _____

125. Test doustnego obciążenia glukozą _____ Data badania _____

	0'	30'	60'	120'	jedn.
Insulinemia					
Glikemia					

126. Wyniki innych badań z podaniem daty:

H. Badania hormonalne:

127. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	120'	jedn.
GH					

proszę podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

Testy stymulujące sekrecję GH:

TEST 1.

128. Data wykonania _____

129. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

130. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

131. Data wykonania _____

132. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

133. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

134. Data pomiaru _____ 135. TSH (T/N) _____ Jednostki _____

136. fT4 (T/N) _____ Jednostki _____

137. fT3 (T/N) _____ Jednostki _____

138. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ 139. Rok rozpoznania _____

140. Substytucja (T/N): _____ 141. podaj dawkę leku _____

Gonadotropiny w surowicy:

142. Data _____ 143. LH _____ jednostki _____

144. Data _____ 145. FSH _____ jednostki _____

146. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 147. Substytucja (T/N): _____

Prolaktyna w surowicy:

148. Data pomiaru _____ 149. Stężenie PRL _____ Jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

150. Data pomiaru _____

151. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn. _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn. _____

ACTH w surowicy:

152. Data pomiaru _____ godz. _____

153. Uzyskane wartości stężeń: _____ jedn. _____

IGF-I w surowicy:

154. Data pomiaru _____ 155. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

IGFBP-3 w surowicy:

156. Data pomiaru _____ 157. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

158. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania _____

159. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to proszę podać kiedy był zabieg i opisać rodzaj zabiegu _____

I. Rozpoznanie:

160. Proszę podać okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia hormonu wzrostu _____

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko kierownika
jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez wymaganych badań, w tym pomiaru stężenia IGF-I oraz oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródręcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu

VI B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR.

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____

Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikację jego efektów

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) D 66 - Dziedziczny niedobór czynnika VIII; 2) D 67 - Dziedziczny niedobór czynnika IX
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
1.6	jednostka koordynująca	Instytut Matki i Dziecka 01-211 Warszawa ul. Kasprzaka 17a
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych; 3) kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia w przypadku pacjentów leczonych emicizumabem dokonywana jest w oparciu o wnioski określone 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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym
Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia emicizumabem w programie lekowym Zapobieganie
krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji

Data rozpoznania:

Rodzaj profilaktyki:

Kryterium kwalifikacji:

1. Wiek: poniżej 2. roku życia

Parametr	Wynik
ocena aktywności czynników krzepnięcia	
VIII	
IX	
Badania wirusologiczne	
HIV	
HBV	
HCV	
Inne badania	

2. Co najmniej trzy udokumentowane krwawienia rocznie wymagające leczenia czynnikiem VIII, pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII.

Informacje za okres 9/2023 - 9/2024

- a) czy były wylewy samoistne na podstawie informacji z systemu SMPT.....
- b) liczba krwawień do stawów i mięśni na podstawie informacji z Dzienniczka pacjenta
- do stawów
- do mięśni
- c) czy był wydany czynnik na krwawienia RCKiK TAK / NIE
- jeżeli tak ile.....
- d) czy leczenie zgodne z wykonaną farmakokinetyką TAK / NIE
- Jeżeli tak - jaki schemat
- Jeżeli tak - jaka dawka /kg mc

3. Trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu:

Data założenia pierwszego portu....., przyczyna usunięcia portu.....

Data założenia drugiego portu....., przyczyna usunięcia portu.....

Wnioskowana dawka

Waga pacjenta:

Dawka nasycająca emicizumabu:

Dawka podtrzymująca emicizumabu:

Sposób dawkowania emicizumabu:

Badania laboratoryjne (można wprowadzić wyniki badań lub dołączyć skan badań):

.....

.....

.....

Uwagi

.....

.....

.....

Data:

.....

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: emicizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. kwalifikacji i weryfikacji
leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie emicizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....
Podpis pacjenta

Data

.....
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G12.0 – Rdzeniowy zanik mięśni, postać dziecięca, typ I [Werdniga-Hoffmana] G12.1 - Inne dziedziczne zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni.
1.6	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej, genetyki klinicznej
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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta ustalone przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni

I A. WZÓR WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10 G 12.0, G12.1) DLA LEKU ZOLGENSMA (ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK)

1. Imię i Nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
4. Płeć: K/M
5. Jednostka wystawiająca wniosek (pełna nazwa):
.....
.....
.....
6. Lek wnioskowany:
7. Wynik badania genetycznego – bialleliczna mutacja genu SMN1 TAK / NIE
8. Wynik badania genetycznego – liczba kopii genu SMN2 (proszę podać liczbę)
9. Typ SMA: SMA1 SMA2 SMA3 przedobjawowy
10. Dotychczasowe leczenie (w ramach programu lekowego, badania klinicznego, programu wczesnego dostępu, innych źródeł finansowania):
 - a. Nusinersenem TAK / NIE
 - b. Risdiplamem TAK / NIE
 - c. Branaplamem TAK / NIE
11. Ocena w skali funkcjonalnej CHOP-INTEND - proszę podać sumę punktów:
12. Aktualne informacje o szczepieniach obowiązkowych TAK / NIE
13. Zachowana zdolność połykania TAK / NIE
14. Tracheostomia i wentylacja mechaniczna TAK / NIE
15. Niewydolność oddechowa od urodzenia TAK / NIE
16. Masa ciała (w kg)
17. Zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej TAK / NIE
18. Aktywna infekcja TAK / NIE
19. Choroby współistniejące (proszę wymienić)
.....
.....
- a. uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego TAK / NIE
- b. uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego TAK / NIE
20. nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze, znana alergia lub nadwrażliwość na prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze TAK / NIE
21. Miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)

22. Wyniki badań laboratoryjnych:

- a. GGTP
- b. AIAT
- c. AspAT
- d. BILIRUBINA
- e. KREATYNINA
- f. HEMOGLOBINA
- g. BIAŁE KRWINKI
- h. PLT
- i. STĘŻENIE TROPONINY I

23. Stwierdza się, że pacjent *spełnia/ nie spełnia* wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu lekowego.

24. U pacjenta w chwili obecnej *stwierdza/ nie stwierdza się* kryteriów stanowiących przeciwwskazania do włączenia do programu

25. Opis pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis lekarza wnioskującego

I B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIA CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na mojego dziecka lekiem onasemnogen abeparwówek oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis rodziców lub opiekuna

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**I C. WZÓR WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE
CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10 G 12.0, G12.1) DLA LEKU EVRYSDI
(RYS DYPLAM)**

1. Imię i Nazwisko:.....
2. Data urodzenia:.....
3. PESEL:.....
4. Płeć: K/M
5. Jednostka wystawiająca wniosek (pełna nazwa):
.....
.....
.....
6. Lek wnioskowany:.....
7. Wynik badania genetycznego – mutacja genu SMN1 TAK NIE
8. Wynik badania genetycznego – liczba kopii genu SMN2 (proszę podać liczbę).....
9. Typ SMA: SMA1 SMA2 SMA3, SM4, przedobjawowy
10. Wiek wystąpienia objawów:
11. Dotychczas leczony rysdyplamem TAK / NIE
 - a. Jeśli tak – data rozpoczęcia leczenia.....
 - b. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:
Skala CHOP-INTEND.....
Skala HINE.....
lub
Skala HFMSE.....
 12. Dotychczas leczony nusinersenem TAK / NIE
Jeśli TAK:
 - a. leczenie w ramach programu lekowego B.102. TAK/NIE
 - b. data rozpoczęcia leczenia.....
 - c. Data zakończenia leczenia
 - d. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:
 - e. Czy stwierdzono przeciwwskazania do leczenia nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem TAK/NIE
Jeśli TAK, to jakie.....
Skala CHOP-INTEND.....
Skala HINE.....
lub
Skala HFMSE.....
 - d. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:
Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

e. Liczba podanych dawek

13. Dotychczas leczony brana-plamem TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. data rozpoczęcia leczenia.....

b. Data zakończenia leczenia

c. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

d. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:

Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

e. Liczba podanych dawek

14. Dotychczas leczony onasemnogenem abeparwówek TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. data podania leku.....

b. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

c. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:

Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

15. Ocena w skali funkcjonalnej wybranej odpowiednio dla wieku i stopnia zaawansowania objawów w momencie kwalifikacji – proszę podać sumę punktów

Skala CHOP-INTEND.....

Skala HINE.....

lub

Skala HFMSE.....

16. Wentylacja TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. rodzaj: INWAZYJNA / NIEINWAZYJNA

b. ile godzin dziennie

17. Żywienie dojelitowe TAK / NIE

18. Ocena funkcji narządów:

a. Ocena funkcji wątroby PRAWIDŁOWA / NIEPRAWIDŁOWA

b. Ocena funkcji nerek PRAWIDŁOWA / NIEPRAWIDŁOWA

19. Stwierdza się, że pacjent *spełnia/ nie spełnia* wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu lekowego.

20. U pacjenta w chwili obecnej *stwierdza/ nie stwierdza się* kryteriów wyłączenia z programu

21. Opis pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis lekarza wnioskującego

I D. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIA CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie (na leczenie mojego dziecka*) rysdyplamem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____

Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data _____

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 7 listopada 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia
tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz
weryfikację jego skuteczności**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu chorych na nawrotową/oporną ostrą białaczkę limfoblastyczną
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C91.0 – ostra białaczka limfoblastyczna
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
1.6	jednostka koordynująca	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza 85-094 Bydgoszcz ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej lub transplantologii klinicznej
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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do terapii tisagenlecleucelem przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Leczenie dotyczy: pacjenci w wieku do 25 lat nawrotowej lub opornej ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek B

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem

Musi być spełnione co najmniej jedno z kryteriów 5A-E oraz wszystkie warunki 1-4; 6-9	TAK	NIE
1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;		
2) wiek od 0 do 25 lat (włącznie);		
3) stan sprawności ≥ 50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥ 16 lat) lub Lansky'ego (wiek < 16 lat);		
4) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu;		
5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		
5A) drugi lub kolejny nawrót;		
5B) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelem;		
5C) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ALL;		
5D) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI;		
5E) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT.		
6) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m ² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);		
7) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;		
8) stężenie bilirubiny $< 2,0$ mg/dl;		
9) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu;		

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Warunki	TAK	NIE
1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą		
2) ciąża lub karmienie piersią;		

3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;		
4) zakażenie HIV;		
5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;		
6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych		
7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4		
8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.		
9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;		
10) aktywna hemoliza;		
11) aktywna koagulopatia;		
12) aktywna choroba autoimmunologiczna;		
13) pierwotny niedobór odporności;		
14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19)		

Ocena statusu choroby:

Badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub ocena molekularna szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

PT:

aPTT:

INR:

Fibrynogen:

D-dimery:

Oznaczenie stężenia immunoglobuliny G:

Pozostałe badania oceniające funkcje innych narządów:

Echo serca lub MUGA (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

EKG (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Aktywność ALT:, AST:; stężenie bilirubiny:.....

Stężenie kreatyniny: ; eGFR:

Morfologia krwi (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Inne:

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B:

HBsAg:

anty-HBc:

anty-HBs:

HBV DNA (w przypadku dodatnich anty-HBc):

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C:

anty-HCV:

HCV RNA (w przypadku dodatnich anty-HCV):

- Wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV:

anty-HIV:

- Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę):

Epikryza:

.....
.....
.....
.....
.....

Wyniki innych badań oraz informacje o stanie klinicznym istotne z punktu widzenia kwalifikacji do leczenia w programie lekowym:

.....
.....
.....
.....
.....

Data:

.....

nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii breksukabtagenem autoleucelu w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Leczenie dotyczy: pacjenci w wieku 26 lat i powyżej nawrotowej lub opornej ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek B

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Kryteria kwalifikacji do leczenia breksukabtagenem autoleucelu

Musi być spełnione co najmniej jedno z kryteriów 5A-E oraz wszystkie warunki 1-4 oraz 6	TAK	NIE
1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;		
2) wiek 26 lat i powyżej;		
3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;		
4) obecność w szpiku kostnym >5% blastów białaczkowych CD19+;		
5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		
5A) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu pierwszej linii;		
5B) pierwszy nawrót choroby w przypadku remisji trwającej ≤12 miesięcy;		
5C) drugi lub kolejny nawrót choroby;		
5D) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem breksukabtagenu autoleucelu;		
5E) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI.		
6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii		

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Warunki	TAK	NIE
1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą		
2) ciąża lub karmienie piersią;		
3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;		
4) zakażenie HIV;		
5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;		
6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych		
7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4		
8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina		
9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;		
10) aktywna hemoliza;		
11) aktywna koagulopatia;		

12) aktywna choroba autoimmunologiczna;		
13) pierwotny niedobór odporności;		
14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19)		
15) izolowana pozaszpikowa wznova ALL		
16) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL		

Ocena statusu choroby:

Badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub ocena molekularna szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

PT:

aPTT:

INR:

Fibrynogen:

D-dimery:

Oznaczenie stężenia immunoglobuliny G:

Pozostałe badania oceniające funkcje innych narządów:

Echo serca lub MUGA (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

EKG (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Aktywność ALT:, stężenie bilirubiny:.....

Stężenie kreatyniny: ; eGFR:

Morfologia krwi (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Inne:

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B:

HBsAg:

anty-HBc:

anty-HBs:

HBV DNA (w przypadku dodatnich anty-HBc):

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C:

anty-HCV:

HCV RNA (w przypadku dodatnich anty-HCV):

- Wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV:

anty-HIV:

- Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę):

Epikryza:

.....
.....
.....
.....
.....

Wyniki innych badań oraz informacje o stanie klinicznym istotne z punktu widzenia kwalifikacji do leczenia w programie lekowym:

.....
.....
.....
.....
.....

Data:

.....

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem terapii tisagenlecleucel w programie
lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T:

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: Kymriah

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem terapii breksukabtagenem autoleucelu
w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T:

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: Tecartus

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia tisagenlecleucelem/breksukabtagenem autoleucelu* w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tisagenlecleucelem/breksukabtagenem autoleucelu* oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data *Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data *Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

*niepotrzebne skreślić

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia
aktykaptagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukaptagenem autoleucelu w programie
lekowym Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia aktykaptagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukaptagenem autoleucelu chorych na chłoniaki z dużych komórek B oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C82 - chłoniaki nieziarnicze guzkowe C83 – chłoniaki nieziarnicze rozlane C85 – inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki
1.6	jednostka koordynująca	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu 60-355 Poznań ul. Przybyszewskiego 49
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub transplantologii klinicznej
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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do terapii aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucel przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucel w programie lekowym
Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Leczenie dotyczy: pacjenci w wieku od 18 lat z chłoniakiem rozlanym z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniakiem z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowanym w DLBCL chłoniakiem grudkowym (TFL) lub z pierwotnym chłoniakiem śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL)

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Linia leczenia:

Kryteria kwalifikacji do leczenia aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucel

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie	TAK	NIE
1a) Potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B/chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości/stranformowany w DLBCL chłoniak grudkowy		
1b) Potwierdzony histologicznie pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (dot. 3 lub kolejnej linii)		
2) Stan sprawności według ECOG 0-1		
3a) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii (dot. 2. linii)		
3b) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego (dot. 3 lub kolejnej linii)		
4) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny (dot. 3 lub kolejnej linii)		
5a) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego (dot. 2. linii)		
5b) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia autologicznych komórek krwiotwórczych (auto-HSCT) (dot. 3 lub kolejnej linii)		
6) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii		

7) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii		
8) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aksykabtagenu cytoleucelu		

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Warunki	TAK	NIE
1) Nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą		
2) Ciąża lub karmienie piersią		
3) Aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe		
4) Aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc		
5) Aktywna hemoliza		
6) Aktywna koagulopatia		
7) Zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
8) Zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN		
9) Zakażenie HIV		
10) Aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C		
11) Aktywna choroba autoimmunologiczna		
12) Pierwotny niedobór odporności		
13) Obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: cyklofosfamid i fludarabina		
14) wcześniejsze leczenie CART-T (anty-CD19)		

Ocena statusu choroby:

Badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem CT lub NMR lub PET-CT (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Pozostałe badania oceniające funkcje innych narządów:

Echo serca lub MUGA (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

EKG (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Aktywność ALT:; AST:; stężenie bilirubiny:.....

Stężenie kreatyniny: ; eGFR:

Morfologia krwi (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Inne:

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B:

HBsAg:

anty-HBc:

anty-HBs:

HBV DNA (w przypadku dodatnich anty-HBc):

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C:

anty-HCV:

HCV RNA (w przypadku dodatnich anty-HCV):

- Wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV:

anty-HIV:

- Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę):

Epikryza:

.....

.....

.....

.....

Wyniki innych badań oraz informacje o stanie klinicznym istotne z punktu widzenia kwalifikacji do leczenia w programie lekowym:

.....

.....

.....

.....

Data:

.....
nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem terapii
aktykaptagenem cytoleucelu/tisagenlecleucelem* w programie lekowym Leczenie
chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-
komórkowe**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki:

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: Yescarta/Kymriah*

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T w
leczeniu chorych na chłoniaki

***niepotrzebne skreślić**

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej:

www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

3.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia aksykabtagenem cytyleucelu/tisagenlecleucelem* w programie lekowym Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie aksykabtagenem cytyleucelu/tisagenlecleucelem* oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....
Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)

Data

.....
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego zobowiązany jest do stosowania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych — RODO).

*niepotrzebne skreślić

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak - Przewodniczący Zespołu, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, SP Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- 2) dr hab. n. med. Maciej Hilczer - Z-ca Przewodniczącego, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 3) prof. dr hab. n. med. Iwona Beń-Skowronek, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z Pracownią Endokrynologiczno-Metaboliczną, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy prof. Antoniego Gębali w Lublinie;
- 4) dr n. med. Dorota Birkholz-Walerzak, Klinika Pediatrii, Diabetologii Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 5) prof. dr hab. n. med. Artur Bossowski, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii UMB, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ludwika Zamenhofs w Białymstoku;
- 6) lek. Katarzyna Doleżał-Ołtarzewska, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie;
- 7) dr n. med. Adam Dudek, Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- 8) dr n. med. Barbara Iwaniszewska, Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu;
- 9) dr n. med. Barbara Kalina-Faska, Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, SP Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 10) prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 11) prof. dr hab. n. med. Andrzej Kędzia, Klinika Diabetologii, Auksologii i Otyłości Wieku Rozwojowego Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 12) dr. n. med. Bożena Klonowska, Oddział Pediatrii VI Endokrynologiczny, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie;
- 13) dr hab. n. med. Anna Kucharska, Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 14) prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera, Klinika Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, SP Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 15) dr n. med. Elżbieta Moszczyńska, p.o. Kierownika Kliniki Endokrynologii i Diabetologii, Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 16) prof. dr hab. n. med. Marek Niedziela, Klinika Endokrynologii i Reumatologii Dziecięcej, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 17) dr hab. n. med. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska, Oddział Kliniczny Nefrologii i Pediatrii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;

- 18) prof. dr hab. n. med. Elżbieta Petriczko, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych, SP Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- 19) dr n. med. Olgierd Pilecki, Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy;
- 20) prof. dr hab. n. med. Beata Pyrżak, Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 21) dr n. med. Agnieszka Rudzka-Kocjan, Kliniczny Oddział Pediatrii z Pododdziałem Alergologii, Neurologii, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym;
- 22) prof. dr hab. n. med. Barbara Rymkiewicz-Kluczyńska, emerytowany pracownik Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 23) lek. Elżbieta Skotarczyk-Kowalska, II Klinika Pediatrii III Oddział Chorób Dziecięcych Endokrynologiczno – Diabetologiczny, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach;
- 24) lek. Monika Tomaszewska, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Nefrologii CSK UM w Łodzi Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej;
- 25) dr hab. n. med. Anna Wędrychowicz, Klinika Endokrynologii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- 26) dr n. med. Beata Wikiera, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu;
- 27) dr n. med. Magdalena Wysocka, Pełnomocnik Dyrektora ds. Programów Lekowych Medycznych i Badań Przesiewowych, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 28) dr hab. n. med. Agnieszka Zachurzok, Oddział Endokrynologii Dziecięcej, SP Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 29) prof. dr. hab. n. med. Katarzyna Ziora, emerytowany pracownik SP Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży - Terapia Promująca Wzrastanie

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży - Terapia Promująca Wzrastanie w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała – Z-ca Przewodniczącego Zespołu, Oddział Kliniczny Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu;
- 2) dr hab. n. med. Renata Stawerska – Sekretarz Zespołu, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 3) prof. dr hab. n. med. Tomasz Bednarczuk, Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii WUM, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 4) prof. dr hab. n. med. Marek Bolanowski, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu;
- 5) dr hab. n. med. Maciej Hilczer z Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 6) prof. dr hab. n. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk, Oddział Kliniczny Endokrynologii, Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 7) prof. dr hab. n. med. Roman Junik, Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy;
- 8) płk prof. dr hab. n. med. Grzegorz Kamiński, Klinika Endokrynologii i Terapii Izotopowej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 9) prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska, Zakład Endokrynologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- 10) prof. dr hab. n. med. Krzysztof Lewandowski, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 11) dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi;
- 12) dr hab. n. med. Magdalena Stasiak, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 13) prof. dr hab. n. med. Anelli Syrenicz, Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie;
- 14) prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie;
- 15) prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński, Klinika Endokrynologii CMKP, Szpital Bielański Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

Załącznik Nr 17 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 7 listopada 2024 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną w składzie:

- 1) prof. dr hab. n.med. Jan Styczyński, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Szpital Uniwersytecki im. A. Jurasza Collegium Medicum w Bydgoszczy – Przewodniczący Zespołu;
- 2) prof. dr hab. n. med. Sebastian Giebel, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie – Zastępca Przewodniczącego Zespołu;
- 3) prof. dr hab. n. med. Lidia Gil, Klinika Hematologii; Uniwersytet Medyczny w Poznaniu – Zastępca Przewodniczącego Zespołu;
- 4) prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kałwak, Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu – Zastępca Przewodniczącego Zespołu;
- 5) prof. dr hab. n. med. Grzegorz Basak, Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych; Uniwersytet Medyczny w Warszawie;
- 6) prof. dr hab. n. med. Katarzyna Derwich, Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu;
- 7) prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- 8) dr n. med. Monika Mielcarek-Siedziuk, Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- 9) prof. dr hab. n.med. Wojciech Młynarski, Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- 10) prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze;
- 11) prof. dr hab. n. med. Tomasz Wróbel, Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu;
- 12) prof. dr hab. n. med. Jan Maciej Zaucha, Klinika Hematologii i Transplantologii, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku.

Załącznik Nr 18 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 7 listopada 2024 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK w składzie:

- 1) dr hab. n. med. Joanna Stefanowicz, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii GUM w Gdańsku – Przewodnicząca Zespołu, Sekretarz;
- 2) dr hab. n. med. Beata Jagielska, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie – Zastępca Przewodniczącej Zespołu;
- 3) prof. dr hab. n. med. Bożenna Dembowska-Bagińska, Klinika Onkologii, Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 4) lek. Maciej Kawecki, Klinika Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Bernarda Kazanowska, Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu;
- 6) dr hab. n. med. Tomasz Kubiowski, prof. UWM, Klinika Onkologii i Immunologii z Oddziałem Dziennym Terapii Onkologicznej - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA z Warmińsko - Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie;
- 7) dr n.med. Barbara Stefania Radecka, Zakład Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego, Instytut Medycyny, Uniwersytet Opolski Oddział Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym, Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. T. Koszarowskiego w Opolu.

Regulamin Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

1. Zespół Koordynacyjny:

1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego:

- a) Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym;
- b) Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS);
- c) Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK);
- d) Leczenie pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK;
- e) Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc;
- f) Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE);
- g) Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń.

2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;

3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego:

- a) Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym;
- b) Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS);
- c) Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK);
- d) Leczenie pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK;
- e) Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc;
- f) Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE);
- g) Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń

2. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

3. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

4. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

5. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

6. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe.

8. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje¹⁾ dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

9. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

10. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynacyjny, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

11. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

12. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

13. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

14. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

15. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

16. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

- 1) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku;
- 2) 31 marca – za drugie półrocze roku poprzedniego.

17. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

¹⁾ Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

18. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

19. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO***Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds.
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:

1.	Liczba posiedzeń Zespołu:	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
2.	Liczba omawianych wniosków:	
3.	Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
4.	Liczba wniosków odrzuconych, w tym:	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
5.	Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać)	
	1)	1)
	2)	2)

Informacja na temat odrzuconych wniosków:

1.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych: - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
2.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów: - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym

--

Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego**

.....	
<i>data, podpis</i> Przewodniczącego Zespołu		<i>data, podpis</i> Kierownika Jednostki Koordynującej

WAŻNE!

* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)

Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.

** Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.

Regulamin Zespołu Koordynacyjnego do spraw Chorób Ultrarzadkich
Regulamin Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającej w ramach
Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich

1. Zespół Koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego:
 - a) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;
 - b) Leczenie choroby Hurler;
 - c) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego;
 - d) Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera);
 - e) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii;
 - f) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1);
 - g) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi;
 - h) Leczenie choroby Fabry`ego;
 - i) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych;
 - j) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną;
 - k) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;
 - l) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona;
 - m) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego;
 - n) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową;
 - o) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH);
 - p) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B;
 - r) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji;
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego:
 - a) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;
 - b) Leczenie choroby Hurler;
 - c) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego;
 - d) Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera);
 - e) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii;
 - f) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1);
 - g) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi;
 - h) Leczenie choroby Fabry`ego;
 - i) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych;

- j) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną;
- k) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;
- l) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona;
- m) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego;
- n) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową;
- o) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH);
- p) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B;
- r) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji.

2. W ramach Zespołu Koordynacyjnego, Prezes Funduszu, powołuje Sekcję ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającą na podstawie odrębnego regulaminu, określonego przez Prezesa Funduszu.

3. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

4. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

5. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 4, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

6. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

7. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

8. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

9. Kwalifikacja do leczenia w ramach programów lekowych "Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych" oraz "Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu" jest dokonywana przez członków Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego.

10. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje¹⁾dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

11. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

¹⁾Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

12. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynujący, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

13. W wyjątkowych okolicznościach związanych z koniecznością zapewnienia szybkiego dostępu do terapii, bądź zachowania ciągłości terapii w danym programie lekowym decyzję może jednoosobowo podjąć Przewodniczący lub Zastępca Przewodniczącego. Decyzja nie może zostać podjęta na okres dłuższy niż do czasu najbliższego posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego. W każdym tego typu przypadku, na najbliższym posiedzeniu Zespołu Koordynacyjnego przedstawiany jest wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, bądź w przypadku kontynuacji terapii - karta monitorowania leczenia.

14. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

15. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

16. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

17. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

18. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

19. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

- 1) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku;
- 2) 31 marca – za drugie półrocze roku poprzedniego.

20. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

21. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

22. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

Regulamin Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającej w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych

1. Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, zwana dalej "Sekcją", powoływana jest przez Prezesa Funduszu.

2. Sekcja działa w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, zwanego dalej "Zespołem Koordynacyjnym", który wykonuje swoje zadania przy ośrodku będącym realizatorem świadczenia "kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności" (Jednostka Koordynująca).

3. O terminach posiedzeń Sekcji informowany jest Przewodniczący Zespołu. W posiedzeniach Sekcji mogą uczestniczyć z prawem głosu członkowie Zespołu Koordynacyjnego oraz bez prawa głosu przedstawiciel Funduszu oraz Ministra Zdrowia.

4. Sekcja kwalifikuje do leczenia oraz weryfikuje skuteczność leczenia pacjentów w ramach programów lekowych finansowanych przez Fundusz:

- 1) "Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych";
- 2) "Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu".

5. Sekcja podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów do programu w dwóch podzespołach:

- 1) podzespół pediatryczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów <18r.ż.;
- 2) podzespół internistyczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów >18r.ż.

6. Pracami podzespołów kieruje odpowiednio do specjalizacji Przewodniczący Sekcji lub Zastępca Przewodniczącego Sekcji.

7. Kwalifikacja do leczenia odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia oraz zgodnie z zarządzeniem.

8. Sekcja podejmuje decyzje²⁾dotyczące rozpoczęcia leczenia, kontynuowania oraz zakończenia leczenia, jak również dotyczące wielkości dawki stosowanego leku, na podstawie prawidłowo wypełnionych dokumentów, niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia, zgodnie z opisem programu po uzyskaniu pozytywnej opinii recenzenta, wybranego spośród członków Sekcji. Wzory przedmiotowych dokumentów określone są w załączniku do zarządzenia.

9. Decyzje podejmowane przez Sekcję w zakresie leczenia pacjentów oraz inne decyzje związane z realizacją przedmiotowego programu lekowego są przedstawiane przez członków Sekcji na posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego. Zespół Koordynacyjny dokonuje ostatecznej akceptacji uprzednio podjętych przez Sekcję decyzji zwykłą większością głosów w obecności Przewodniczącego lub w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W razie oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Zespołu, a w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Sekcję podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

10. W wyjątkowych okolicznościach związanych z koniecznością zapewnienia szybkiego dostępu do terapii, bądź zachowania ciągłości leczenia decyzje są podejmowane przez upoważnionego przez Przewodniczącego Zespołu członka Sekcji. Decyzje te są jednoznaczne z możliwością rozpoczęcia terapii u pacjenta. Decyzje są następnie przedstawiane na posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego. W każdym tego typu przypadku, na najbliższym posiedzeniu Zespołu przedstawiany jest wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, bądź w przypadku kontynuacji terapii - karta monitorowania leczenia.

11. Informacja o posiedzeniach Sekcji jest przekazywana Przewodniczącemu Zespołu Koordynacyjnego bądź jego Zastępcy oraz Jednostce Koordynującej.

²⁾Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

12. Sekretariat Jednostki Koordynującej odnotowuje informację o posiedzeniach Sekcji w protokołach z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich.

13. Członkowie Sekcji są obowiązani do przestrzegania Regulaminu Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich.

RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO***Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds.
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:

1.	Liczba posiedzeń Zespołu:	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
2.	Liczba omawianych wniosków:	
3.	Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
4.	Liczba wniosków odrzuconych, w tym:	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
5.	Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać)	
	1)	1)
	2)	2)

Informacja na temat odrzuconych wniosków:

1.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych: - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
2.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów: - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym

--

Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego**

.....	
<i>data, podpis</i> Przewodniczącego Zespołu		<i>data, podpis</i> Kierownika Jednostki Koordynującej

WAŻNE!

* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)

Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.

** Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.

Regulamin Zespołu Koordynacyjnego do spraw CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

1. Zespół Koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do terapii tisagenlecleucelem oraz breksukabtagenem autoleucelu w ramach programu lekowego "Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną";
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego "Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną".

2. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

3. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

4. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

5. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

6. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

7. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się w terminie 3 dni roboczych od dnia wpływu wniosku o kwalifikację pacjenta.

8. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

9. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje¹⁾ dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu w dwóch podzespołach:

- 1) podzespół pediatryczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów <18r.ż.;
- 2) podzespół internistyczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów >18r.ż.

10. Pracami podzespołów kieruje odpowiednio do specjalizacji Przewodniczący lub Zastępca Przewodniczącego.

¹⁾ Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

11. W przypadku wątpliwości związanych z podjęciem decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do terapii, członkowie podzespołów: pediatrycznego albo internistycznego mogą wzajemnie zasięgać konsultacji lub opinii (członków drugiego podzespołu).

12. W przypadku wątpliwości związanych z podjęciem decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do terapii, w posiedzeniach Zespołu na zaproszenie Przewodniczącego lub Zastępcy Przewodniczącego, mogą uczestniczyć w celu przekazania dodatkowych informacji, niezbędnych do podjęcia przez Zespół decyzji, lekarze prowadzący terapię pacjentów lub lekarze wnioskujący o kwalifikację pacjenta do terapii. Lekarz prowadzący terapię lub wnioskujący o jej przydzielenie nie uczestniczy w podejmowaniu przez Zespół decyzji o kwalifikacji pacjenta do terapii. Informacja ta każdorazowo jest odnotowana w protokole z posiedzenia Zespołu. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

13. Ostateczne decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów do leczenia podejmowane w podzespołach przekazywane są do Przewodniczącego.

14. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

15. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynujący, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego.

16. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

17. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

18. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

19. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków podzespołu pediatrycznego lub internistycznego.

20. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

21. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

1) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku;

2) 31 marca – za drugie półrocze roku poprzedniego.

22. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

23. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

24. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO***Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds.
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:

1.	Liczba posiedzeń Zespołu:	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
2.	Liczba omawianych wniosków:	
3.	Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
4.	Liczba wniosków odrzuconych, w tym:	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
5.	Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać)	
	1)	1)
	2)	2)

Informacja na temat odrzuconych wniosków:

1.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych: - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
2.	Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów: - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym

--

Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego**

.....	
<i>data, podpis</i> Przewodniczącego Zespołu		<i>data, podpis</i> Kierownika Jednostki Koordynującej

WAŻNE!

* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.)

Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.

** Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.

Załącznik Nr 22 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów
z kardiomiopatią oraz weryfikację jej skuteczności**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia kardiomiopatii oraz weryfikacja jej skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E85 Amyloidozą 2) I42.1 Przerostowa kardiomiopatia zawężająca
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii
1.6	jednostka koordynująca	Instytut Kardiologii UJCM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80 32-202 Kraków
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub kardiochirurgii, lub chorób wewnętrznych
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionym w pkt 1; 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 i 3.
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10:E85, I42.1)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

B. 1 Dane do kwalifikacji (kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):

Wiek pacjenta:

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Określenie klasy NYHA:

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1.Kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii		
2. Genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny		
3. Grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przekłatkowej		
4. Brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie		
5. Wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m		
6. Adekwatna wydolność narządowa		
7. Brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL)		
8. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

C. Badania przy kwalifikacji (kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):

Scyntygrafia serca

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

Sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

Echokardiografia przezklatkowa

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

EKG

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

Holter 24-godzinne monitorowanie EKG

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

Test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT)

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

Badania laboratoryjne

Data badania:

[illegible]

Konsultacja hematologiczna

Opis konsultacji:

.....

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

B. 2 Dane do kwalifikacji (leczenie przerostowej kardiomiopatii zawężającej, ICD-10: I42.1):

Wiek pacjenta:

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Określenie klasy NYHA:

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerostowej kardiomiopatii zawężającej (ICD-10: I42.1)	TAK	NIE*
1. Rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC		
2. Grubość ściany lewej komory ≥ 15 mm (lub ≥ 13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przekłatkowej		
3. Gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg		
4. Frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) $\geq 55\%$		
5. Niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce lub w przypadku nietolerancji/przeciwwskazania do tych terapii		
6. Brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych, innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry’ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory)		
7. Brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL)		
8. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania?

Ważne! W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

C. Badania przy kwalifikacji (leczenie przerostowej kardiomiopatii zawężającej, ICD-10: I42.1)

Echokardiografia przekłatkowa (ewentualnie echokardiografia wysiłkowa TKI, MRI lub weryfikacja LVOT przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień)

Data badania:

Opis badania:

.....
.....

.....
.....
EKG

Data badania:

Opis badania:
.....
.....

Genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19)

Data badania:

Opis badania:
.....
.....

Badania laboratoryjne (poziom N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP))

Data badania:

Opis badania:
.....
.....

Badania laboratoryjne (troponina T, troponina I)

Data badania:

Opis badania:
.....
.....

Data:

.....
nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: tafamidis/ mawakamten

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tafamidsem/ mawakamtenem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

.....
Podpis pacjenta

Data

.....
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2024 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii w składzie:

- 1) prof. dr hab. med. Jacek Grzybowski, Oddział Kardiomiopatii Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego;
- 2) dr hab. med. Zofia Oko-Sarnowska, I Klinika Kardiologii Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 3) prof. dr hab. med. Piotr Podolec, Klinika Chorób Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii UJ CM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jana Pawła II.

Załącznik Nr 24 do zarządzenia Nr 109/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 7 listopada 2024 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski - Przewodniczący Zespołu, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 2) prof. dr hab. med. Bożena Romanowska-Dixon - Zastępca Przewodniczącego, Oddział Kliniczny Okulistyki i Onkologii Okulistycznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 3) dr n. med. Monika Dudzisz-Śledź - Sekretarz Zespołu, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 4) dr hab. n. med. Hanna Koseła-Paterczyk, Oddział Zachowawczy Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 5) dr n. med. Paweł Rogala, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy.

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach", na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 października 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 79), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930), zwanego dalej "obwieszczeniem refundacyjnym".

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) treści § 9 ust. 4, § 10 ust. 2, § 19 oraz § 20 zarządzenia, w związku z koniecznością uchylecia załączników nr 13, 39 i 65 do zarządzenia z uwagi na zmiany wprowadzone w opisie programu lekowego B.75 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń;

2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego *Katalog świadczeń i zakresów* i polegają na

a) zmianie nazwy zakresów o kodach:

- 03.0000.305.02 na Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych,
- 03.0000.352.02 na Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi,
- 03.0000.375.02 na Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,

b) dodaniu zakresów o kodach:

- 03.0000.464.02 Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową,
- 03.0000.465.02 Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP),

c) usunięciu świadczenia o kodzie 5.08.07.0000021 przyjęcie pacjenta połączone z podaniem dichlorku radu Ra 223,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

2) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000009 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib),

- 5.08.08.0000092 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000102 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, głořitamab) – 1 rok leczenia,

- 5.08.08.0000116 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, głořitamab) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000133 na Diagnostyka w programie leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem,

- 5.08.08.0000161 na Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu,

- 5.08.08.0000243 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 2 i kolejny rok terapii,

b) dodaniu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000268 Diagnostyka w programie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową,

- 5.08.08.0000269 Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000270 Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000271 Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000272 Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000273 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab),

- 5.08.08.0000274 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab),

- 5.08.08.0000275 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (tocilizumab),

- 5.08.08.0000276 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (tocilizumab),

c) usunięciu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000013 Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich (trabectedyna),

- 5.08.08.0000083 Diagnostyka w programie leczenia chorych na aktywną postać ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA),

- 5.08.08.0000119 Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000120 Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000137 Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny,

d) zmianie wartości punktowej świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000061 Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytozy – 1 rok terapii z 2 590,00 na 2 790,00,

- 5.08.08.0000088 Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 1 rok terapii z 6 116,00 na 6 289,00,

- 5.08.08.0000102 Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutinib, epkorytamab, glofitamab) – 1 rok leczenia 2 528,50 na 2 728,50,

- 5.08.08.0000115 Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii 2 997,63 na 3 197,63,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

3) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000073 Ustekinumabum,
- 5.08.09.0000095 Afliberceptum,
- 5.08.09.0000168 Tofacitinibum,
- 5.08.09.0000169 Ustekinumabum,
- 5.08.09.0000217 Niraparibum,
- 5.08.09.0000263 Bimekizumabum,
- 5.08.09.0000296 Tezepelumabum,

b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,
- 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinat,
- 5.08.09.0000026 Glatirameri acetat,
- 5.08.09.0000054 Rituximabum,
- 5.08.09.0000255 Acalabrutinibum,

c) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000010 Cetuximabum,
- 5.08.09.0000042 Lapatinibum,
- 5.08.09.0000049 Panitumumabum,
- 5.08.09.0000064 Trabectedinum,
- 5.08.09.0000084 Axitinibum,
- 5.08.09.0000116 Temsirolimusum,
- 5.08.09.0000134 Radium dichloridum Ra223,
- 5.08.09.0000264 Cabazitaxelum,

d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000306 Asfotasum alfa,
- 5.08.09.0000307 Caplacizumabum,
- 5.08.09.0000308 Epcoritamabum,
- 5.08.09.0000309 Glofitamabum,
- 5.08.09.0000310 Somatrogonum,
- 5.08.09.0000311 Teclistamabum,

e) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000239 Onasemnogenum abeparvovecum, stosowanej w programie lekowym B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni, jako technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności,

f) dodaniu oznaczenia substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000073 Ustekinumabum oraz o kodzie 5.08.09.0000169 Ustekinumabum, jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

4) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* i polegają na:

- a) zmianie nazwy zakresów analogicznie jak wskazano w pkt 1a uzasadnienia,
- b) zmianie wymagań dla programów:
 - B.4 Leczenie chorych na raka jelita grubego w części *zapewnienie realizacji badań*,
 - B.12.FM Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe w części *zapewnienie realizacji badań*,
 - B.52 Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi w części *organizacja udzielania świadczeń oraz lekarze*,
 - B.54 Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego w części *zapewnienie realizacji badań*,
 - B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego w części *organizacja udzielania świadczeń oraz zapewnienie realizacji badań*,
 - B.65 Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną w części *organizacja udzielania świadczeń oraz lekarze*,

c) dodaniu wymagań dla programów:

- B.164. Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową,
- B.165. Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP),
- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

5) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego *Wykaz programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy programów analogicznie jak wskazano w pkt 1a uzasadnienia

b) dodaniu substancji czynnych:

- durwalumab w programie lekowym B.5. Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych,
- epkorytamab i glofitamab w programie lekowym B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe,
- somatrogon w programie lekowym B.19 Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki,
- bimekizumab w programie lekowym B.35 Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS), B.36 Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) oraz B.82 Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK,
- teklistamab w programie lekowym B.54 Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego,
- breksukabtagen autoleucel w programie lekowym B.65 Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną,
- tocilizumab w programie lekowym B.75 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
- ekulizumab w programie lekowym B.95 Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS),
- pembrolizumab w programie lekowym B.148 Leczenie chorych na raka endometrium,
- mepolizumab w programie lekowym B.156 Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa,

c) usunięciu substancji czynnych:

- cetuksymab i panitumumab w programie lekowym B.4 Leczenie chorych na raka jelita grubego,
- trabectedyna w programie lekowym B.8 Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich,
- lapatynib w programie lekowym B.9.FM Leczenie chorych na raka piersi,

- aksytynib i temsyrolimus w programie lekowym B.10 Leczenie pacjentów z rakiem nerki,
- cetuksymab w programie lekowym B.52 Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi,

- dichlorek radu Ra 223 i kabazytaksel w programie lekowym B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego,

d) dodaniu programów lekowych:

- B.164. Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową,

- B.165. Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP),

e) usunięcie oznaczenia substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, stosowanej w programie lekowym B.102.FM Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni, jako technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności,

f) zmianie rozpoznania w programie lekowym B.5 Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych oraz w programie B.75 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

6) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych* i polegają na zmianie nazwy zakresu o kodzie 03.0000.375.02 oraz produktu o kodzie 5.08.08.0000083, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

7) załączników nr 9, 10, 12, 15, 19, 24 i 30 do zarządzenia, określających zakresy działania Zespołów Koordynacyjnych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

8) załącznika nr 16 do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikację jego efektów*, w związku z uwagą Instytutu Matki i Dziecka;

9) załącznika nr 34b do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z kardiomiopatią oraz weryfikację jej skuteczności*, w związku z uwagą Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii;

10) załączników nr 41 i 49 do zarządzenia, powołujących Zespoły Koordynacyjne, – aktualizacja składu zespołu w związku ze śmiercią Pana prof. dr hab. n. med. Andrzeja Lewińskiego;

11) załącznika nr 50 do zarządzenia, powołującego *Zespół Koordynacyjny do spraw CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną*, w związku z wnioskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii oraz Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego do spraw CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną;

12) załącznika nr 59 do zarządzenia, powołującego *Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK*, w związku z wnioskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz Przewodniczącej Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK;

13) załącznika nr 60b do zarządzenia, powołującego *Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii*, w związku z wnioskiem Pana dr hab. med. Marcina Wełnickiego;

14) załącznika nr 60c do zarządzenia, powołującego *Zespół Koordynacyjny do spraw Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka* – zmiany porządkujące mające na celu przypisanie poszczególnym członkom zespołu funkcji przewodniczącego, zastępcy przewodniczącego oraz sekretarza, zgodnie z uchwałą zespołu;

15) załączników nr 61, 62 i 76 do zarządzenia, określających regulaminy Zespołów Koordynacyjnych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

16) usunięcia załączników nr 13, 39 i 65 do zarządzenia określających odpowiednio: zakres, powołanie i regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 października 2024 r., z wyjątkiem:

- a) załącznika nr 34b, o którym mowa w § 1 pkt 29, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 listopada 2024 r.,
- b) załączników nr 41 i 49, o których mowa w § 1 odpowiednio pkt 21 i 22, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 10 października 2024 r.,
- c) załącznika nr 59, o którym mowa w § 1 pkt 24, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 23 października 2024 r.,
- d) załącznika nr 60b, o którym mowa w § 1 pkt 30, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 8 października 2024 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W okresie od 3 do 17 października 2024 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programów lekowych.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 21 podmiotów, przy czym 4 podmioty przekazały informację o braku uwag do projektu zarządzenia oraz 1 podmiot wniósł uwagi po wyznaczonym terminie.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

1) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* i polegają na zmianie jednostki rozliczeniowej dla leku Strensiq z mg na fiolkę, zgodnie z decyzjami Ministra Zdrowia o objęciu refundacją leku Strensiq oraz w związku z uwagą zgłoszoną przez firmę AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.;

2) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na dodaniu substancji czynnej bimekizumab do katalogu ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych - kod zakresu świadczeń 03.0000.382.02 - kody świadczeń 5.08.08.0000092 oraz 5.08.08.0000243, zgodnie z obwieszczeniem refundacyjnym Ministra Zdrowia oraz w związku z uwagą zgłoszoną przez firmę Vedim Sp. z o.o.;

3) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego *Wykaz programów lekowych* i polegają na dodaniu substancji czynnej bimekizumab do programów lekowych: B.35, B.36, B.82, zgodnie z obwieszczeniem refundacyjnym Ministra Zdrowia oraz w związku z uwagą zgłoszoną przez firmę Vedim Sp. z o.o.;

4) załącznika nr 16 do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikację jego efektów* i polegają na zmianie wzoru wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do programu, poprzez rozszerzenie o informacje na temat liczby występujących krwawień, w związku z wnioskiem Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie;

5) załącznika nr 34b do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z kardiomiopatią oraz weryfikację jej skuteczności* i polegają na rozszerzeniu możliwości powołania do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii również lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, w związku z uwagą zgłoszoną przez Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii – Pana prof. dr hab. n. med. Piotra Podolec.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.