

## Opis świadczenia

## KWALIFIKACJA DO LECZENIA STANÓW NADMIARU ŻELAZA W ORGANIZMIE ORAZ WERYFIKACJA JEGO EFEKTÓW

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	kwalfikacja do leczenia stanów nadmiaru żelaza w organizmie oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	E 83.1 - Zaburzenia przemiany żelaza
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia nadmiarów żelaza w organizmie
1.6	kwalfikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej lub pediatrii
1.7	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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - badanie i porada lekarska, konsultacja

**2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisem programu, przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia nadmiarów żelaza w organizmie**

**I A. Wzór wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie”**

Karta kwalifikacji pacjenta do programu lekowego „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie”

NAZWISKO: ..... IMIĘ: .....  
 DATA URODZENIA: ..... PESEL: .....  
 MASA CIAŁA: ..... WZROST: .....  
 DAWKA: .....

Pacjent z:	Zaznacz odpowiednie
1) przewlekłym obciążeniem żelazem w wyniku częstych transfuzji krwi ( $\geq 7$ ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 6 do 18 r.ż.; lub	
2) przewlekłym obciążeniem żelazem spowodowanym częstymi transfuzjami krwi ( $\geq 7$ ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych), gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 2 do 5 r.ż.; lub	
3) przewlekłym obciążeniem żelazem spowodowanym nieczęstymi transfuzjami krwi ( $< 7$ ml/kg m.c. na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych), gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie z ciężką postacią talasemii beta w wieku od 6 do 18 r.ż.; lub	
4) przewlekłym obciążeniem żelazem spowodowanym transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, w wieku pomiędzy 2 a 18 r.ż. ze schorzeniami wg klasyfikacji ICD-10:	
a) D46 - zespoły mielodysplastyczne (MDS);	
b) D55 - niedokrwistości hemolityczne;	
c) D57 - niedokrwistość sierpowatokrwińkowa;	
d) D61 - niedokrwistości aplastyczne, w tym:	
- zespół Diamonda- Blackfana;	
- anemia Fanconiego;	
e) D64 - inne bardzo rzadkie niedokrwistości wrodzone lub nabyte;	
f) Z94.8 - transplantacja innego narządu lub tkanki.	
5) pacjent po ukończeniu 18 roku życia, który rozpoczął leczenie przed 18 r.ż. w ramach programu lekowego „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (ICD-10 E.83.1)”	

	TAK	NIE
Pacjent: po przetoczeniu około 20 jednostek (około 100 ml/kg m.c.) koncentratu krwinek czerwonych lub istnieją dane potwierdzające występowanie przewlekłego obciążenia żelazem (np. stężenie ferrytyny w surowicy $> 1\ 000\ \mu\text{g/l}$ )		
Pacjent jednocześnie leczony innymi środkami chelatującymi żelazo		
Pacjent z klirens kreatyniny $< 60\ \text{ml/min}$ .		
Pacjent z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby (aktywność aminotransferaz wątrobowych przekraczająca 5 razy górną granicę normy)		

Badania podczas kwalifikacji	stężenie ferrytyny w surowicy ( $\mu\text{g/l}$ ) /norma/	klirens kreatyniny (ml/min) lub GFR (ml/min) /norma/	stężenie kreatyniny ( $\mu\text{mol/l}$ ) /norma/	aktywność AlAT (IU/l) /norma/	aktywność AspAT (IU/l) /norma/	cystatyna C (mg/l) /norma/
Należy wpisać wartości w odpowiednie pola						
Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji do programu „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (ICD-10 E.83.1)”						

Rodzice wyrażają zgodę na uczestnictwo dziecka w programie i będą stosować się do zaleceń lekarza prowadzącego

Data: .../.../..., nazwisko i imię rodzica: ....., podpis: .....

Data: .../.../..., podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego, pieczęć ośrodka kierującego

Decyzja Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia nadmiaru żelaza w organizmie: .....

Data: .../.../..., pieczęć i podpisy członków Zespołu

**I B. Karty monitorowania pacjenta leczonego w programie „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie”**

Karta weryfikacji pacjenta w programie lekowym – pierwszy miesiąc leczenia „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie”

DATA WNIOSKU: .....  
 IMIĘ: .....  
 NAZWISKO: .....  
 DATA URODZENIA: .....  
 PESEL: .....  
 MASA CIAŁA: .....  
 WZROST: .....  
 DAWKA : .....

Należy wpisać odpowiednie wartości w pola oznaczone kolorem białym	Tydzień leczenia			
	1	2	3	4
stężenie kreatyniny (μmol/l)				
stężenie cystatyny C w surowicy (mg/l)				
klirens kreatyniny (ml/min) lub GFR (ml/min)				
aktywność ALAT (IU/l /norma/)				
aktywność ASPAT (IU/l /norma/)				
stężenie ferrytyny (μg/l)				
masa ciała (kg)				

Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji do programu „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (ICD-10 E.83.1)”	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Data: . .../.../...../

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....  
 Pieczęć ośrodka kierującego

**Decyzja Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia nadmiaru żelaza w organizmie:** .....

**Data:** .../.../...../, pieczęć i podpisy członków Zespołu

Karta weryfikacji pacjenta w programie lekowym „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (ICD-10 E.83.1)”

DATA WNIOSKU: .....  
 IMIĘ: .....  
 NAZWISKO: .....  
 DATA URODZENIA: .....  
 PESEL: .....  
 MASA CIAŁA: .....  
 WZROST: .....  
 DAWKA: .....

Wpisz odpowiednie wartości w pola oznaczone kolorem białym	Miesiąc leczenia
stężenie kreatyniny (μmol/l)	
stężenie cystatyny C w surowicy (mg/l)	
klirens kreatyniny (ml/min)	
aktywność ALAT (IU/l /normal/)	
aktywność ASPAT (IU/l /normal/)	
stężenie ferrytyny (μg/l)	
masa ciała (kg)	

Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji do programu „Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie (ICD-10 E.83.1)”	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Data: . .... / .... / ..... /

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....  
 Pieczęć ośrodka kierującego

Decyzja Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia nadmiaru żelaza w organizmie: .....

Data: .... / .... / ..... /, pieczęć i podpisy członków Zespołu