

Opis świadczenia

**KWALIFIKACJA DO LECZENIA HORMONEM WZROSTU LUB INSULINOPODOBNYM CZYNNIKIEM
WZROSTU – 1 ORAZ WERYFIKACJA JEGO SKUTECZNOŚCI**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	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	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
1.7	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 opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu

I A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____
Płeć (M/K) _____ 1. PESEL dziecka _____
2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

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 _____

Lekarz wystawiający wniosek:

30. Imię _____ 31. Nazwisko _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

B. Dane auksologiczne:

32. Wysokość ciała _____ cm 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____
 35. hSDS _____ 36. mpSDS _____ 37. hSDS-mpSDS _____
 38. Masa ciała _____ kg 39. Data pomiaru _____ 40. centyl dla wieku wzrostowego _____
 41. BMI _____ 42. Wiek kostny _____ 43. Data rtg _____
 44. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

45. Wysokość ciała _____ cm 46. Data I pomiaru _____
 47. Wys. ciała _____ cm 48. Data II pomiaru _____
 49. Tempo wzrastania _____ cm/rok 50. caSDS _____ 51. baSDS _____

Rodzice: Wysokość ciała (cm/centyl) Masa ciała (kg) Rok urodzenia Przebieg dojrzewania

Ojciec: 52. _____ cm / _____ centyl 53. _____ 54. _____ 55. _____¹⁾

Matka: 56. _____ cm / _____ centyl 57. _____ 58. _____ 59. _____¹⁾

¹⁾ prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

60. Wysokość ciała rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. ciała	
				cm	centyl
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

C. Wywiad:

61. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 62. Długość ciała (cm) _____ 63. Obwód głowy (cm) _____
 64. Który poród _____ 65. Która ciąża _____ 66. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 67. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE należy wypełnić pkt 68
 68. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

69. Fizjologiczny, siłami natury _____ 70. Pośladowy _____

71. Cięcie cesarskie _____ 72. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

73. Samoistna _____ 74. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

75. Uraz porodowy _____ 76. Niedotlenienie i resuscytacja _____

77. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____

78. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

79. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____,

80. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania _____ ,
rodzaj białaczki i sposób leczenia (opis): _____

81. Inne choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____

82. Alergie / egzema - (T/N) _

83. Jeśli tak to podaj rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami, z podaniem sumarycznej ich dawki _____

84. Hipogonadizm - (T/N) ____

85. Hipoglikemia - (T/N) ____

Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis):

Leczenie:

86. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała

87. Sumaryczna dawka rtg terapii: _____

88. Leki cytostatyczne – (T/N) _____

89. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli Tak – wymień rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania _____

90. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

91. 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. Jeżeli tak to podać opis

D. Stan przedmiotowy:

92. Data badania: ____

93. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

94. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: ☐

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

95. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera ☐

E. Badania obrazowe:

TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

96. Data badania _____

97. Opis _____

MRI (NMR) głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

98. Data badania _____
99. Opis _____

100. 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 SNP lub WNP lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

101. Wyniki tych badań z podaniem daty:

G. Badania hormonalne:

102. 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** (konieczne co najmniej 2 testy):

TEST 1.

103. Data wykonania _____

104. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

105. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

106. Data wykonania _____

107. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

108. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

109. Data pomiaru _____ 110. fT_4 (T/N) _____ jednostki _____

111. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 112. Substytucja (T/N): _____

113. podaj dawkę leku _____

Test z TRH lub badanie podstawowe (TSH w surowicy):

114. Data pomiaru _____

115. Uzyskane wartości **TSH**:

	0'	20'	30'	60'	90'	120'	jedn.
TSH							

Test z LH-RH lub badanie podstawowe stężenie gonadotropin w surowicy:

116. Data pomiaru _____

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
FSH						
LH						

117. Rozpoznano niedobór LH, FSH: _____ Rok rozpoznania: _____ 118. Substytucja (T/N): _____
(T/N) _____

119. Jeśli tak to jakimi preparatami i od kiedy?:

Prolaktyna w surowicy:

120. Data pomiaru _____

121. Opis rodzaju testu stymulacyjnego:

122. Uzyskane wartości stężeń **PRL**:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	jedn.
PRL								

Kortyzol w surowicy:

123. Data pomiaru _____

124. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn. _____
wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn. _____

ACTH w surowicy:

125. Data pomiaru _____

126. Uzyskane wartości stężeń: _____ godz. _____ jedn. _____

127. Rozpoznano niedobór ACTH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

128. Rozpoznano niedobór ADH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

IGF-I w surowicy:

129. Data pomiaru _____ 130. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

Test generacji somatomedyn:

131. Data pomiaru _____

132. Opis rodzaju testu _____

133. Opis wyniku _____

IGFBP-3 w surowicy:

134. Data pomiaru _____ 135. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

136. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania _____

H. Rozpoznanie:

137. Postać idiopatyczna SNP (T/N) _____

Jeżeli TAK: z urazem okołoporodowym / bez urazu

138. Wielohormonalna (T/N) _____ 139. Izolowana (T/N) _____ 140. Rodzinna (T/N) _____

Postać organiczna:

141. (T/N) – jeśli tak to podaj przyczynę i sposób leczenia _____

142. Radioterapia (T/N) _____ czaszka, kręgosłup, gonady, całe ciało, inne

143. Jeśli T to podaj sumaryczną dawkę _____

144. Data zakończenia naświetlań _____

145. Leki cytostatyczne (T/N); _____ Jeśli Tak - opis:

146. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to podaj kiedy był zabieg i opisz rodzaj zabiegu

147. Opis zabiegu _____

148. 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 programu lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

podpis i pieczęć lekarza:

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu:*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, dwóch testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń TSH, fT₄ i IGF-I, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródręcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) 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

I B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu 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 _____

I C. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu SNP

KARTA OBSERWACJI PACJENTA Z SNP

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta				
2. Numer karty lub historii choroby				
3. Pesel		Data urodzenia		Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania GH (format daty RRRR-MM-DD)				
5. Data wizyty		6. Wys. ciała (cm)		7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty		9. Wys. ciała (cm)		10. Masa c (kg)
				11. Tempo wzrastania (cm/rok)
12. BMI aktualne		13. BMI poprzednie		
14. Przerwy w stosowaniu GH				
od		do		nie było
z powodu:	A. choroby towarzyszącej, B. decyzji lekarza, C. decyzji rodziców, D. braku leku			
Ostatnie badania hormonalne:				
15. TSH		jedn		Data
16. fT4		jedn		Data
17. IGF-I		jedn		Data
18. Wiek kostny				Data
19. Wyniki innych badań dodatkowych				
Przebieg leczenia:				
20. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
21. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
22. Stosowane inne leczenie, poza hormonem wzrostu, podaj leki i ich dawki oraz okres stosowania (opis):				
Inne leki				
23. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (IU/ kg /tydzień) (jeśli dawka uległa zmianie podać okres):				
dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie				
od		do		dawka
od		do		dawka
od		do		dawka
24. Sposób podawania (podskórnym, domięśniowo, liczba iniekcji tygodniowo) opis:				
podskórnym, 7 razy w tygodniu, w przedramieniu, brzuchu, uda ...				
25. Rozwój płciowy:	Owłosienie: 1,2,3,4,5			
Objętość jąder w ml:	Prawe:			Lewe:
Rozwój narządów płciowych	piersi: 1,2,3,4,5			
	menarche: rok			miesiąc:
24. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:				
Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania.				
Wnioskuje o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)				
25. Uwagi:				
Duża poprawa samopoczucia związana z efektami terapii obserwowana u pacjenta (T/N)				

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza

Data

podpis i pieczęć lekarza:

podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ 1. PESEL pacjenta _____
Płeć _____ 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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

B.Dane auksologiczne pacjenta z zespołem Turnera (ZT):

32. Wysokość ciała (cm) _____ 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____

Rodzice:

Wysokość ciała (cm/centyl) 35. Ojciec: _____ cm/ _____ centyl 36. Matka: _____ cm/ _____ centyl

37. średni wzrost rodziców (mph) _____

38. niedobór wzrostu w stosunku do średniego wzrostu rodziców [pat - mp] _____

39. Masa ciała pacjenta (kg) _____ 40. Data pomiaru _____

41. BMI _____ 42. Wiek kostny *) _____ 43. Data rtg _____

44. Metoda oceny wieku kostnego _____

45. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys.	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

46. Wys. ciała _____ cm	47. Data I pomiaru _____
48. Wys. ciała _____ cm	49. Data II pomiaru _____

50. Szybkość wzrastania w cm/rok _____

UWAGA:

Do wniosku należy dołączyć rtg lewej dłoni z nadgarstkiem i wykres dotychczasowego wzrastania na siatce centylowej właściwej dla dzieci polskich.

C. Wywiad:

51. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 52. Długość ciała (cm) _____ 53. Obwód głowy (cm) _____
54. Który poród _____ 55. Która ciąża _____ 56. Czas trwania ciąży w tyg. _____
57. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ ,
58. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

59. Fizjologiczny, siłami natury _____ 60. Pośladkowy _____ 61. Cięcie cesarskie _____ 62. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

63. Samoistna _____ 64. Wspomagana _____ (jeśli T – to wpisz odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
65. Uraz porodowy _____ 66. Niedotlenienie i resuscytacja _____
67. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____
68. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

69. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____ ,
70. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania _____ ,
rodzaj białaczki i sposób leczenia (opis): _____
71. Inne choroby rozrostowe (T/N) - jeśli tak to podać rodzaj choroby i sposób leczenia _____
72. Naświetlania (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała
73. Leki cytostatyczne (T/N) _____ Jeśli tak to proszę podać kiedy i jakie
74. Alergie / egzema (T/N) _____ 75. Hipogonadizm (T/N) _____

76. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

77. Jeśli TAK – wymień jakie: _____

78. Podaj także, inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa
wzrastania oraz często powtarzające się choroby _____

79. 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:

80. Data badania: _____

81. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tanner)

82. Data badania _____ 83. Thelarche _____ 84. Pubarche _____

85. Menarche (T/N) _____

86. Data pierwszej miesiączki, także jednorazowego, skąpego plamienia _____

87. Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej _____

88. Substytucja estrogenowa: (T/N), _____ jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia _____
oraz stosowane leki i dawki _____

89. Substytucja progesteronowa: (T/N), _____ jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia _____
oraz stosowane leki i dawki _____

E. Badania dodatkowe:

Kariotyp:

90. Data badania _____ 91. Numer badania podany przez pracownię _____
92. Pracownia wykonująca badanie _____
93. Metoda badania _____
94. Mitozy liczone _____ 95. Mitozy analizowane _____
96. 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 nerek i miednicy małej

97. Data badania _____
98. Opis _____

USG serca

99. Data badania _____
100. Opis _____

USG jamy brzusznej

101. Data badania _____
102. Opis _____

103. 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, zaburzeń zagęszczania moczu, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, zaburzeń metabolicznych i innych.

104. Wyniki – opis, z podaniem daty:

105. Glikemia na czczo _____ jednostki _____ data badania _____

106. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____ data badania _____

107. 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:

108. Data _____ 109. fT₄ _____ jednostki _____

110. Data _____ 111. TSH _____ jednostki _____

112. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

113. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj od kiedy i jaką dawką

Gonadotropiny w surowicy:

114. Data _____ 115. LH _____ jednostki _____
116. Data _____ 117. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

118. Data _____ 119. IGF-I _____ jednostki _____

120. 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 _____

podpis i pieczęć lekarza:

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu:*

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.

II B. Załącznik do wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Turnera.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu 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 _____

II C. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu ZT

KARTA OBSERWACJI PACJENTA Z ZT

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta			
2. Numer karty lub historii choroby			
3. Pesel		Data urodzenia	Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania GH (format daty RRRR-MM-DD)			
5. Data wizyty		6. Wys. ciała (cm)	7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty		9. Wys. ciała (cm)	10. Masa c (kg)
12. BMI aktualne		13. BMI poprzednie	11. Tempo wzrastania (cm/rok)
14. Przerwy w stosowaniu GH			
od		do	nie było
z powodu:	A. choroby towarzyszącej, B. decyzji lekarza, C. decyzji rodziców, D. braku leku.		
Ostatnie badania hormonalne:			
15. TSH		jedn	Data
16. IGF-I		jedn	Data
17. FT4		jedn	Data
18. HbA1c		jedn	Data
19. glikemia - maks. wartość		jedn	Data
20. insulinemia - maks. wartość		jedn	Data
21. Wiek kostny			Data
22. Wyniki innych badań dodatkowych (należy podać co najmniej wyniki oceny przemian węglowodanowych)			
Przebieg leczenia:			
23. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)			
24. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)			
25. Stosowane leczenie poza hormonem wzrostu (dawki / okres / opis) :			
Inne leki			
26. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (IU/ kg /tydzień) (jeśli dawka uległa zmianie podać okres):			
dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie			
od		do	dawka
od		do	dawka
od		do	dawka
27. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba wstrzyknięć tygodniowo) opis:			
podskórnie, 7 razy w tygodniu, w przedramionu, brzuch, uda ...			
28. Rozwój płciowy:			
Rozwój narządów płciowych	Owłosienie: 1,2,3,4,5		
	piersi: 1,2,3,4,5		
	menarche: rok		mięsiąc:
29. <u>Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:</u>			
Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania.			
Wnioskuje o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)			
30. Uwagi:			
Duża poprawa samopoczucia u pacjenta związana z terapią (T/N)			
Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.			
Imię i nazwisko lekarza			Data

podpis i pieczęć lekarza:

podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

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 _____

podpis i pieczęć lekarza

podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu

B. Dane auksologiczne:

33. Wysokość ciała (w cm) _____ 34. Centyl _____ 35. Data pomiaru _____
36. Masa ciała (w kg) _____ 37. Centyl dla wieku _____ 38. BMI _____
wzrostowego _____
39. Wiek kostny _____ 40. Data badania _____
41. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

42. Wysokość ciała _____ cm 43. Data I pomiaru _____
44. Wysokość ciała _____ cm 45. Data II pomiaru _____
46. Szybkość wzrastania _____ cm/rok 47. caSDS _____ 48. baSDS _____
Rodzice: Wysokość ciała (cm/centyl) Masa ciała (kg) Rok urodzenia Przebieg
dojrzewania
Ojciec: 49. _____ cm/ 50. _____ 51. _____ 52. _____
_____c
Matka: 53. _____ cm/ 54. _____ 55. _____ 56. _____
_____c

Dojrzewanie: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

C. Wywiad:

57. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 58. Długość ciała (cm) _____ 59. Obwód głowy (cm) _____
60. Który poród _____ 61. Która ciąża _____ 62. Czas trwania ciąży w tyg. _____
63. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE, należy wypełnić pkt 64
64. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

65. Fizjologiczny, siłami natury _____ 66. Pośladowy _____ 67. Cięcie cesarskie _____ 68. Inne _____

Akcja porodowa (T/N): _____

69. Samoistna _____ 70. Wspomagana _____ (jeśli TAK zakreśl odpowiednie: vacuum,
kleszcze, inne)
71. Uraz porodowy _____ 72. Niedotlenienie i resuscytacja _____
73. Stan po urodzeniu wg skali Apgar: _____ 5 min _____
74. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

75. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i sposób jej leczenia

76. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania, jej rodzaj i sposób leczenia (opis):

77. Inne choroby rozrostowe (T/N), jeśli tak to proszę podać rozpoznanie choroby i sposób jej leczenia _____

78. Alergie / egzema - (T/N) _ 79. Hipogonadizm - (T/N) ____ 80. Hipoglikemia - (T/N) ____

Leczenie:

81. Naświetlania (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała

82. Leki cytostatyczne (T/N) _____

83. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli TAK – wymień jakie: _____

Podaj także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby, inne _____

84. 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:

85. Data badania _____

86. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

87. Data badania _____ 88. Stopień _____

89. Wystąpienie dojrzewania – _____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

E. Zgłoszenie pacjenta z PNN do leczenia GH

90. Rozpoznanie, przyczyna PNN _____

91. Data rozpoznania PNN _____

92. Data rozpoczęcia dializ _____

93. Metoda dializ _____ (daty) _____

94. Czy był przeszczep nerki _ (daty) _____

95. Badanie laboratoryjne:

Morfologia _____

Mocznik _____

Ca, P _____

Kreatynina _____

PTH _____

FA _____

Glikemia _____

Białko całkowite _____

Cholesterol _____

Albuminy _____

TG _____

96. Stosowana dieta _____

kalorie _____ białko _____

97. Stosowane leczenie _____

Alfakalcidol _____ lub inny aktywny metabolit witaminy D _____

Calcium carbonicum _____

Inne leki _____

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).

98. 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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

UWAGA!

1. Wniosek bez RTG śródreżca (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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu 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 _____

III C. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek

Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek

Nazwisko i imię _____

PESEL pacjenta _____

Data ur. _____ Nr historii choroby _____

Rozpoznanie _____

Czas wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek _____

Początek dializ _____

Sposób dializowania _____

Powikłania dializoterapii _____

Przebieg leczenia _____

Początek leczenia _____

miesiące obserwacji	0	3	6	9	12	15
Dawka GH mg/kg/tydz. (IU/kg/tydz.)						
Częstość iniekcji						
Calcium Carbo.(g/24h)						
Alfacalcidol (µg/kg/24h)						
Epo (j/kg/tydz.)						
Inne leki						
Powikłania						
Wysokość ciała (cm)						
Masa ciała (kg)						

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do dalszej 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 i nazwisko lekarza: _____

Data _____

podpis i pieczęć lekarza:

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu:*

Karta wyników badań dodatkowych u dzieci z PNN otrzymujących GH (monitorowanie terapii)

Nazwisko i imię _____

PESEL _____

Rodzaj badania Miesiące	0	3	6	9	12	15
Ca (mEq/l)						
Ca ⁺⁺ (mEq/l)						
P (mEq/l)						
FA + izo j.m.						
iPTH (pg/ml)						
Densytometria						
Wiek Kostny						
Biopsja kości						
USG przytarczyc						
Mocznik (mg%)						
Kreatynina (mg%)						
Glikemia (mg%)						
Cholesterol (mg%)						
Triglicerydy (mg%)						
Hb/ Ht						
HCO ₃ /BE						

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

B. Dane auksologiczne:

35. Wysokość ciała (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. Wysokość ciała _____ cm 44. Data I pomiaru _____
 45. Wysokość ciała * _____ 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 w ośrodku wystawiającym wniosek

Rodzice

Data pomiaru _____
 Wzrost: 51. Ojciec: _____ cm / _____ c 52. Matka: _____ cm / _____ c
 Masa ciała: 53. Ojciec: _____ kg / _____ c 54. Matka: _____ kg / _____ c
 BMI: 55. Ojciec: _____ / _____ c 56. Matka: _____ / _____ c
 57. średni wzrost rodziców (mp-h) _____
 58. niedobór wzrostu w SDS stosunku do średniego wzrostu rodziców [pat – mph] _____
 59. Wysokość ciała rodzeństwa: _____

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. c.		Masa c.		BMI	
				cm	centyl	kg	centyl		centyl
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

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) _____,
 67. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

68. Fizjologiczny _____ 69. Pośladowy _____ 70. Cięcie cesarskie _____ 71. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

72. Samoistna _____ 73. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

74. Uraz porodowy _____ 75. Niedotlenienie i resuscytacja _____

76. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____

77. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

78. Nietolerancja węglowodanów/cukrzyca – (T/N) – jeśli tak, podać rok rozpoznania i sposób leczenia _____

79. Białaczka – (T/N) – jeśli tak, podać rok rozpoznania, rodzaj białaczki i sposób leczenia (opis): _____

80. Inne choroby rozrostowe (T/N) - jeśli tak to podać rodzaj choroby i sposób leczenia _____

81. Przedłużające się infekcje górnych dróg oddechowych - (T/N) jeśli tak to proszę podać opis _____

82. Bezdech w wywiadzie (T/N), jeśli tak to podać jak często występowały i jak długo trwały oraz wykonać badanie polisomnograficzne _____

83. Hipogonadizm (T/N) _____

84. Hipoglikemia (T/N) _____

Leczenie:

85. Naświetlania (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała

86. Leki cytostatyczne (T/N) _____

87. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

88. Jeśli TAK – wymień jakie: _____

89. 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 _____

90. 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:

91. Data badania: _____

92. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, stan odżywienia, budowa ciała, cechy dysmorfii, towarzyszące wady rozwojowe).

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

93. Data badania _____ 94. Thelarche _____ 95. Pubarche _____

96. Menarche (T/N) _____

97. Data pierwszej miesiączki _____,

Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej

98. Jądro prawe (T/N) _ 99. W mosznie _____ 100. W kan. pachw. ____ 101. Brak _____

102. Jądro lewe (T/N) _ 103. W mosznie _____ 104. W kan. pachw. ____ 105. Brak _____

106. Objętość jąder w ml: _____ 107. Lewe _____ 108. Prawe _____

109. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

110. Czy pacjent otrzymywał leki wpływające na procesy dojrzewania płciowego (T/N) _____
111. Jeśli tak wymień jakie leki, w jakich dawkach i kiedy: _____

E. Badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu:

Ocena rozwoju psychoruchowego/intelektualnego

112. Data badania _____
113. 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**

114. Data badania _____
115. Opis badania _____

Badanie genetyczne

116. Data badania _____ 117. Numer badania podany przez pracownię _____
118. Pracownia wykonująca badanie _____
119. Wynik badania _____

Badania obrazowe

Badania ultrasonograficzne

120. Data badania _____

121. Opis _____

Inne badania obrazowe

122. Data badania _____

123. Opis _____

Ocena przemian węglowodanowych:

124. Data pomiaru _____

125. Glikemia przygodna _____

126. Data pomiaru _____

127. Gliemia na czczo _____

128. Data pomiaru _____

129. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____

130. Data pomiaru _____

131. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	
Glikemia						jedn.
Insulinemia						jedn.

Ocena przemian lipidowych

132. Data pomiaru _____

133. Stężenie triglicerydów _____

134. Data pomiaru _____

135. Stężenie cholesterolu całkowitego _____

136. Data pomiaru _____

137. Stężenie frakcji LDL cholesterolu _____

138. Data pomiaru _____

139. Stężenie frakcji HDL cholesterolu _____

F. Badania hormonalne:

140. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						j

* co najmniej 5 pomiarów po zaśnięciu

Testy stymulujące sekrecję hormonu wzrostu, jeśli były wykonane to proszę podać jakie

141. Data wykonania _____

142. Sposób stymulacji z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

143. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						IU
glikemia						

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

144. Data _____ 145. FT4 _____ jednostki _____

146. Data _____ 147. TSH _____ jednostki _____

148. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

149. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj dawkę _____

Gonadotropiny w surowicy:

150. Data _____ 151. LH _____ jednostki _____

152. Data _____ 153. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

154. Data _____ 155. IGF-I _____ jednostki _____

IGFBP₃ w surowicy:

156. Data _____ 157. IGFBP3 _____ jednostki _____

Kortyzol

poranny:

158. Data _____ 159. _____ jednostki _____

nocny:

160. Data _____ 161. _____ jednostki _____

Inne badania hormonalne:

162. Data wykonania _____ opis _____

163. Data wykonania _____ opis _____

G. Inne informacje:

164. Czy pacjent jest leczony dietetycznie (T/N) _____

165. Jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem _____

166. Inne badania wykonane u pacjenta

167. Czy pacjent jest poddany rehabilitacji (T/N) _____

168. Jeżeli tak to od kiedy, z jakim efektem i jaką metodą _____

169. 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 programu lekowe.

Lekarz prowadzący:

170. Imię _____ 171. Nazwisko _____

172. Data _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

UWAGA!

1. Wniosek bez:

- rozpoznania potwierdzonego badaniem genetycznym,
- co najmniej 6 mies. okres obserwacji wzrastania i stanu odżywienia (BMI) w ośrodku wystawiającym wniosek,
- 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 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

IV B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu 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 _____

IV C. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu zespołu Prader-Willi

KARTA OBSERWACJI PACJENTA Z PWS

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta				
2. Numer karty lub historii choroby				
3. Pesel		Data urodzenia		Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania GH (format daty RRRR-MM-DD)				
5. Data wizyty		6. Wys. ciała (cm)		7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty		9. Wys. ciała (cm)		10. Masa c (kg)
				11. Tempo wzrastania (cm/rok)
12. BMI aktualne			centyl:	
13. BMI poprzednie			centyl:	
14. Przerwy w stosowaniu GH				
od		do		nie było
z powodu:	A. choroby towarzyszącej, B. decyzji lekarza, C. decyzji rodziców, D. braku leku.			
Ostatnie badania hormonalne:				
15. TSH		jedn		Data
16. FT4		jedn		Data
17. IGF-I		jedn		Data
18. Wiek kostny				Data
Co najmniej co 12 miesięcy należy podać wyniki oceny przemian węglowodanowych				
19. Odsetek glikowanej hemoglobiny A1c				Data
20. Test doustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glikemii i insulinemii)				
Glikemia:				
0 min.		jedn		
30 min.		jedn		
60 min		jedn		
90 min		jedn		
120 min		jedn		
Insulinemia:				
0 min.		jedn		
30 min.		jedn		
60 min		jedn		
90 min		jedn		
120 min		jedn		
Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji				
Przebieg leczenia:				
21. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
22. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
23. Stosowane leczenie poza hormonem wzrostu (dawki / okres / opis) :				
Inne leki				
24. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (IU/ kg /tydzień) (jeśli dawka uległa zmianie podać okres):				
dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie				
od		do		dawka
od		do		dawka
od		do		dawka
25. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba wstrzyknięć tygodniowo) opis:				
podskórnie, 7 razy w tygodniu, w przedramiona, brzuch, uda ...				
26. Czy pacjent stosuje zalecną dietę (T/N)		jeśli nie to podaj przyczynę		
27. Czy pacjent podlega rehabilitacji (T/N)		jeśli nie to podaj przyczynę, jeżeli tak to w jakiej formie		

28. Rozwój płciowy: Owłosienie: 1,2,3,4,5
 Rozwój narządów płciowych piersi: 1,2,3,4,5
 menarche: rok miesiąc:

29. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:

Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania T/N	<input type="text"/>
Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na poprawę rozwoju psychofizycznego T/N	<input type="text"/>
Wnioskuje o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)	
<input type="text"/>	

30. Uwagi:

<input type="text"/>

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza

Data

podpis i pieczęć lekarza:

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki
 uprawnionej do terapii hormonem wzrostu*

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ 0. PESEL dziecka _____

Płeć (M/K) _____ 1. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

2. Imię _____ 3. Nazwisko _____

4. Data urodzenia _____

Ojciec:

5. Imię _____ 6. Nazwisko _____

Matka:

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

9. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

10. Imię _____ 11. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

12. Miejscowość _____ 13. Nr _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszk. _____ 19. Województwo _____

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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii preparatami rhIGF-1*

B. Dane auksologiczne:

32. Wysokość ciała _____ cm 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____
 35. hSDS _____ 36. mpSDS _____ 37. hSDS-mpSDS _____
 38. Masa ciała _____ kg 39. Data pomiaru _____ 40. centyl dla wieku
 wzrostowego _____
 41. BMI _____ 42. Wiek kostny _____ 43. Data rtg _____
 44. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

45. Wysokość ciała _____ cm 46. Data I pomiaru _____
 47. Wys. ciała _____ cm 48. Data II pomiaru _____
 49. Tempo wzrastania _____ cm/rok 50. caSDS _____ 51. baSDS _____

Rodzice: Wysokość ciała (cm/centyl) Masa ciała (kg) Rok urodzenia Przebieg dojrzewania
 Ojciec: 52. _____ cm / _____ centyl 53. _____ 54. _____ 55. _____¹⁾
 Matka: 56. _____ cm / _____ centyl 57. _____ 58. _____ 59. _____¹⁾

¹⁾ prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

60. Wysokość ciała rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. ciała	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

C. Wywiad:

61. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 62. Długość ciała (cm) _____ 63. Obwód głowy (cm) _____
 64. Który poród _____ 65. Która ciąża _____ 66. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 67. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy NIE należy wypełnić pkt 68

68. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

69. Fizjologiczny, siłami natury _____ 70. Pośladowy _____

71. Cięcie cesarskie _____ 72. Inne _____

Akcja porodowa (T/N): _____

73. Samoistna _____ 74. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

75. Uraz porodowy _____ 76. Niedotlenienie i resuscytacja _____

77. Ocena wg skali Apgar: _____ 1 min _____ 5 min _____

78. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

79. Cukrzyca – (T/N) – jeśli TAK, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____,

80. Białaczka – (T/N) – jeśli TAK, podać rok rozpoznania _____ ,
rodzaj białaczki i sposób leczenia (opis): _____

81. Inne choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____

82. Alergie / egzema - (T/N) _____

83. Jeśli tak to podaj rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami z podaniem sumarycznej ich dawki _____

84. Hipogonadizm - (T/N) _____ 85. Hipoglikemia - (T/N) _____

Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

Leczenie:

86. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała

87. Sumaryczna dawka rtg terapii: _____

88. Leki cytostatyczne – (T/N) _____ 89. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli TAK – wymień rodzaj choroby / chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania _____

90. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

91. 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:

92. Data badania: _____

93. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

94. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie:

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

95. Data badania _____

96. Thelarche _____

97. Pubarche _____

98. Menarche (T/N) _____

99. Data pierwszej miesiączki _____

Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę

ostatniej _____

100. Jądro prawe (T/N) _____

101. W mosznie _____

102. W kan. pachw. _____

103. Brak _____

104. Jądro lewe (T/N) _____

105. W mosznie _____

106. W kan. pachw. _____

107. Brak _____

108. Objętość jąder w ml: _____

109. Lewe _____

110. Prawe _____

111. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera

E. Badania obrazowe:

TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

112. Data badania _____

113. Opis _____

MRI (NMR) głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

114. Data badania _____

115. Opis _____

116. USG serca. Data badania _____

Opis wyniku badania _____

117. Konsultacja kadriologiczna (proszę podać datę i opis) _____

118. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka (proszę podać datę i opis) _____

119. 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).

120. Wyniki tych badań z podaniem daty: _____

G. Badania hormonalne:

121. 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.

122. Data wykonania _____

123. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii*) _____

124. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

125. Data wykonania _____

126. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii*)

127. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Ocena przemian węglowodanowych

128. Data pomiaru _____ 129. Glikemia przygodna _____

130. Data pomiaru _____ 131. Gliemia na czczo _____

132. Data pomiaru _____ 133. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____

134. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

135. Data pomiaru _____

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	
Glikemia						jedn. ____ ____
Insulinemia						jedn. ____ ____

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

136. Data _____ 137. FT₄ _____ jednostki _____

138. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 139. Substytucja (T/N): ____

140. podaj dawkę leku _____

Test z TRH lub badanie podstawowe (TSH w surowicy):

141. Data: _____ 142. Uzyskane wartości **TSH**:

	0'	20'	30'	60'	90'	120'	jedn.
TSH							

Test z LH-RH lub badanie podstawowe gonadotropiny w surowicy:

143. Data _____

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
FSH						
LH						

144. Rozpoznano niedobór LH, FSH: _____ Rok rozpoznania: _____ 145. Substytucja (T/N): _____
(T/N) _____146. Jeśli tak to jakimi preparatami i od kiedy?:
_____**Prolaktyna w surowicy:**

147. Data: _____

148. Opis rodzaju testu stymulacyjnego:
_____149 Uzyskane wartości stężeń **PRL**:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	jedn.
PRL								

Kortyzol w surowicy:

150. Data _____

151 Uzyskane wartości:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn.: _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn.: _____

ACTH w surowicy:

152. Data _____

153. Uzyskane wartości: _____ godz. _____ jedn. _____

154. Rozpoznano niedobór ACTH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 147. Substytucja (T/N): _____

155. Rozpoznano niedobór ADH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 152. Substytucja (T/N): _____

IGF-I w surowicy:

156. Data _____ 157. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

Test generacji somatomedyn:

158. Data _____

159. Opis rodzaju testu _____

160. Opis wyniku _____

IGFBP-3 w surowicy:

161. Data _____ 162. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

163. Inne badania i konsultacje ważne do postawienia rozpoznania _____

164. Wynik badań genetycznych (molekularnych) – receptora hormonu wzrostu, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu _____

165. Konsultacja genetyczna _____

H. Rozpoznanie:

166. Potwierdzone badaniem genetycznym (T/N)

167. 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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii preparatami rhIGF-1*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń glukozy, insuliny, TSH, fT_4 i IGF-I, IGFBP₃, testu generacji somatomedyn, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe), w 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.

V B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 _____

V C. Karta obserwacji pacjenta leczonego preparatem rhIGF-1 z powodu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1

KARTA OBSERWACJI PACJENTA Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBOREM IGF-1

leczonego preparatem rhIGF-1 (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta				
2. Numer karty lub historii choroby				
3. Pesel		Data urodzenia		Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania rhIGF-1 (format daty RRRR-MM-DD)				
5. Data wizyty		6. Wys. ciała (cm)		7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty		9. Wys. ciała (cm)		10. Masa c (kg)
				11. Tempo wzrastania (cm/rok)
12. BMI aktualne		13. BMI poprzednie		
14. Przerwy w stosowaniu rhIGF-1				
od		do		nie było
z powodu:	A. choroby towarzyszącej, B. decyzji lekarza, C. decyzji rodziców, D. braku leku.			
Ostatnie badania hormonalne:				
15. TSH		jedn		Data
16. fT4		jedn		Data
17. IGF-I		jedn		Data
18. IGFBP3		jedn		Data
19. Wiek kostny				Data
Ocena przemian węglowodanowych				
20. Data pomiaru		Odsetek glikowanej hemoglobiny A _{1c}		
Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii				
		Glikemia	[jedm]	Insulinemia
21.	0'			
22.	30'			
23.	60'			
24.	90'			
25.	120'			
26. Czy występowały od ostatniej wizyty stany hipoglikemii - jeżeli tak to proszę podać jak często, jaki miały charakter				
27. Wyniki innych badań dodatkowych				
Przebieg leczenia:				
28. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)				
30. Stosowane inne leczenie, poza rhIGF-1, podaj leki i ich dawki oraz okres stosowania (opis):				
Inne leki				
31. Stosowane dawki rhIGF-1 mg/kg/dzień (jeśli dawka ulegała zmianie podać okres):				
od		do		dawka
od		do		dawka
od		do		dawka
32. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba iniekcji tygodniowo) opis:				
podskórnie, 2 razy dziennie, w przedramiona, brzuch, uda ...				
33. Rozwój pciowy:	Owłosienie: 1,2,3,4,5			
Objętość jąder w ml:	Prawe:			
Rozwój narządów pciowych	piersi: 1,2,3,4,5			
	menarche: rok			
	miesiąc:			
34. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:				
Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania.				
Wnioskuje o przedłużeniu okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)				
35. Uwagi:				
Duża poprawa samopoczucia związana z efektami terapii obserwowana u pacjenta (T/N)				

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii preparatami rhIGF-1 dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza

Data

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 w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ 1. PESEL dziecka _____
Płeć (M/K) _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

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 _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu*

B. Dane auksologiczne:

32. Wysokość ciała _____ 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____
35. hSDS _____ 36. mpSDS _____ 37. hSDS-mpSDS _____
38. Masa ciała _____ 39. Data pomiaru _____ 40. centyl dla wieku metrykalnego _____
41. BMI _____ 42. Obwód głowy _____ 43. Obwód głowy _____
44. Obwód klatki piersiowej _____ cm 45. Obwód klatki piersiowej _____ centyl
46. Wiek kostny _____ 47. Data rtg _____
48. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

49. Wysokość ciała _____ cm 50. Data I pomiaru _____
51. Wys. ciała _____ cm 52. Data II pomiaru _____
53. Tempo wzrastania _____ cm/rok 54. SD do wieku metrykalnego _____
55. caSDS _____ 56. baSDS _____

Rodzice:	Wysokość ciała (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	57. _____ cm / _____ centyl	58. _____	59. _____	60. _____ ¹⁾
Matka:	61. _____ cm / _____ centyl	62. _____	63. _____	64. _____ ¹⁾

¹⁾ prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

65. Wysokość ciała rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. ciała	
				cm	centyl
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

C. Wywiad:

66. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 67. SD do wieku ciążowego _____
68. Długość ciała (cm) _____ 69. SD do wieku ciążowego _____
70. Obwód głowy (cm) _____ 71. SD do wieku ciążowego _____
72. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 73. SD do wieku ciążowego _____
*Proszę wpisać nazwę siatek, do których odnoszono masę i długość ciała _____
74. Który poród _____ 75. Która ciąża _____ 76. Czas trwania ciąży w tyg. _____

77. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy NIE to proszę opisać _____

78. W przypadku, gdy w czasie ciąży wykonywano USG to proszę wpisać, w którym tygodniu i jak oceniono rozwój/wzrastanie płodu (opis) _____

Poród (T/N):

79. Fizjologiczny, siłami natury _____ 80. Pośladowy _____
81. Cięcie cesarskie _____ 82. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

83. Samoistna _____ 84. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
85. Uraz porodowy _____ 86. Niedotlenienie i resuscytacja _____
87. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____
88. Przebieg okresu noworodkowego (proszę podać dokładny opis) _____

Inne dane z wywiadu:

89. Wady wrodzone (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj wad, wiek dziecka, w którym rozpoznano wady i rodzaj leczenia _____

90. Cechy dysmorficzne (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj, wiek dziecka, w którym je rozpoznano _____

91. Jeżeli w przypadku wad lub cech dysmorficznych Tak, to czy u dziecka wykonano badanie genetyczne (T/N) – jeśli w Tak, podać opis _____

92. Upośledzona tolerancja węglowodanów (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

93. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

94. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania _____ ,

rodzaj białaczki i sposób leczenia (opis): _____

95. Inne choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak to proszę podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____

96. Alergie / egzema – (T/N) _____

97. Jeśli tak to proszę podać rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami, z podaniem sumarycznej ich dawki _____

98. Hipogonadizm – (T/N) _____

99. Hipoglikemia – (T/N) _____. Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

Leczenie:

100. Zabiegi operacyjne (T/N) _____. Opis _____

101. Naświetlania – (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała

102. Sumaryczna dawka rtg terapii: _____ 103. Leki cytostatyczne – (T/N) _____

104. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
Jeśli Tak to proszę wymienić rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie, które mogą uposledzać procesy wzrastania

105. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

106. 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:

107. Data badania: _____

108. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe, cechy dysmorficzne). _____

Ciśnienie tętnicze

109. Data badania _____ 110. wartość _____ 111. wartość _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

112. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie:

☐

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera

☐

E. Konsultacje:

113. Konsultacja psychologiczna. Data badania _____ Opis. _____

114. Konsultacja okulistyczna. Data badania _____ Opis. _____

115. Inne konsultacje. Data badania _____ Opis. _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

116. Data badania _____

117. Opis _____

USG układu sercowo-naczyniowego

118. Data badania _____

119. Opis _____

TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej

120. Data badania _____

121. Opis _____

MRI (NMR) głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej

122. Data badania _____

123. Opis _____

124. 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).

125. Stężenie triglicerydów Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____
126. Stężenie całkowitego cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____
127. Stężenie HDL cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____
128. Stężenie LDL cholesterolu. Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____
129. Odsetek HbA_{1c} Data badania _____ Wynik _____
130. Jonogram surowicy krwi Data badania _____ Na _____ Ca _____
131. Morfologia krwi z rozmazem Data badania _____ Wynik _____

13742. Test doustnego obciążenia glukozą Data badania _____

	0'	30'	60'	120'	jedn.
Insulinemia					
Glikemia					

133. Wyniki innych badań z podaniem daty:

H. Badania hormonalne:

134. 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.

135. Data wykonania _____
136. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy to proszę podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

137. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

138. Data wykonania _____
139. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy to proszę podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

140. Uzyskane wartości **GH** w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

141. Data pomiaru _____ 142. fT_4 (T/N) _____ Jednostki _____
143. fT_3 (T/N) _____ Jednostki _____
144. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____
145. Substytucja (T/N): _____ 146. podaj dawkę leku _____

Test z TRH lub badanie podstawowe (TSH w surowicy):

17547. Data pomiaru _____ 148. Uzyskane wartości **TSH**:

	0'	20'	30'	60'	90'	120'	jedn.
TSH							

Test z LH-RH lub badanie podstawowe stężenia gonadotropin w surowicy:

149. Data pomiaru _____

	0'	20'	30'	60'	90'	120'	jedn.
FSH							
LH							

150. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 151. Substytucja (T/N): _____

152. Jeśli tak to jakimi preparatami i od kiedy?: _____

Prolaktyna w surowicy:

153. Data pomiaru _____

154. Opis rodzaju testu stymulacyjnego: _____

155. Uzyskane wartości stężeń **PRL**:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	jedn.
PRL								

Kortyzol w surowicy:

156. Data pomiaru _____

157. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn. _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn. _____

ACTH w surowicy:

158. Data pomiaru _____

159. Uzyskane wartości stężeń: _____ godz. _____ jedn. _____

160. Rozpoznano niedobór ACTH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

161. Rozpoznano niedobór ADH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

IGF-I w surowicy:

162. Data pomiaru _____ 163. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

IGFBP-3 w surowicy:

164. Data pomiaru _____ 165. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

166. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania _____

I. Rozpoznanie:

167. Wielohormonalna (T/N) _____ 168. Rodzinna (T/N) _____

169. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to proszę podać kiedy był zabieg i opisać rodzaj zabiegu _____

170. 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 _____

podpis i pieczęć lekarza:

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii hormonem wzrostu:*

UWAGA!

1. Wniosek bez wymaganych badań, w tym pomiaru stężenia IGF-I oraz oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreczę), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu 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 _____

VI C. KARTA OBSERWACJI PACJENTA LECZONEGO HORMONEM WZROSTU Z POWODU NISKOROSŁOŚCI W NASTĘPSTWIE SGA LUB IUGR

(wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu
Koordynacyjnego

1. Imię _____ 2. Nazwisko _____
3. Numer karty lub historii choroby _____
4. Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 5. Data urodzenia _____
6. Data rozpoczęcia podawania GH _____
7. Data wizyty _____ 8. Wys. ciała (cm) _____ 9. Masa c (kg) _____
10. Data poprzedniej wizyty _____ 11. Wys. ciała (cm) _____
12. Tempo wzrastania (cm/rok) _____ 13. BMI aktualne _____
14. Obwód głowy (cm) _____ 15. Obwód klatki piersiowej (cm) _____
16. Rozwój płciowy _____ Owłosienie: 1, 2, 3, 4, 5 _____
Rozwój narządów płciowych _____ piersi: 1, 2, 3, 4, 5 _____
menarche: rok, mies. _____
17. Wiek kostny _____ Data _____
18. Ciśnienie tętnicze _____ Data badania _____
wartość _____ centyl
19. Przerwy w stosowaniu GH od _____ do _____ powód _____
od _____ do _____ powód _____
od _____ do _____ powód _____

Powód: A. choroby towarzyszącej, B. decyzji lekarza, C. decyzji rodziców, D. braku leku.

Aktualne badania hormonalne:

20. TSH _____ jednostki _____ data _____
21. FT3 _____ jednostki _____ data _____
22. FT4 _____ jednostki _____ data _____
23. IGF-1 _____ jednostki _____ data _____
24. IGFBP3 _____ jednostki _____ data _____

Inne badania:

25. Morfologia _____

26. Jonogram _____ Na _____ Ca _____
27. Stężenie triglicerydów _____ Data badania _____ wynik _____ jednostki _____
28. Stężenie całkowitego cholesterolu _____ Data badania _____ wynik _____ jednostki _____

29. Stężenie HDL cholesterolu Data badania _____ wynik _____ jednostki _____
30. Stężenie LDL cholesterolu Data badania _____ wynik _____ jednostki _____
31. Glikemia na czczo Data badania _____ wynik _____ jednostki _____
62. Odsetek glikowanej hemoglobiny A1c Data badania _____ wynik _____
33. Test doustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glikemii i insulinemii)

Glikemia:

0 min. _____ jednostki _____

30 min. _____ jednostki _____

60 min. _____ jednostki _____

90 min. _____ jednostki _____

120 min. _____ jednostki _____

Insulinemia:

0 min. _____ jednostki _____

30 min. _____ jednostki _____

60 min. _____ jednostki _____

90 min. _____ jednostki _____

120 min. _____ jednostki _____

Przebieg leczenia:

34. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych) _____

35. Przebyte choroby, zabiegi operacyjne, od ostatniej wizyty – opis: _____

36. Stosowane leczenie poza hormonem wzrostu (dawki / okres / opis): _____

37. Stosowane dawki GH mg/kg. tydz. (IU/ kg /tydzień) (jeśli dawka uległa zmianie podać okres):

dawka sumaryczna – tygodniowo/dziennie

Od _____	Do _____	Dawka _____
Od _____	Do _____	Dawka _____
Od _____	Do _____	Dawka _____
Od _____	Do _____	Dawka _____

38. Sposób podawania (podskórną, domięśniową, liczba wstrzyknięć tygodniowo) opis:

Np.: podskórną, 7 razy w tygodniu, w przedramiona, brzuch, uda

39. Konsultacja psychologa: Data _____

Opis _____

40. Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji: _____

41. Opinia lekarza prowadzącego, co do celowości dalszego leczenia:

Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania T/N _____

Wnioskuje o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić) _____

42 Uwagi: _____

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do dalszej 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 i nazwisko lekarza _____ Data _____

podpis i pieczęć lekarza

podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej do terapii
hormonem wzrostu