

Opis świadczenia

KWALIFIKACJA DO LECZENIA CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM ORAZ WERYFIKACJA JEGO SKUTECZNOŚCI

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	kwalfikacja do leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C44 - Inne nowotwory złośliwe skóry
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na raka podstawnkomórkowego skóry.
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chirurgii onkologicznej, lub radioterapii onkologicznej
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego
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 do kwalifikacji pacjenta przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnkomórkowego Skóry

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym *Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem*

***ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. LECZENIA CHORYCH NA RAKA
PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY***

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

1. Imię i nazwisko:	2. PESEL:
---------------------	-----------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek (pieczętka):

B. Dane do kwalifikacji:

- Lek:.....
- Wynik badania histopatologicznego:

1/ Nowotwór w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:

- a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji - TAK / NIE
lub
- b) przewidywalne ryzyko znaczącej niepełnosprawności i/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym - TAK / NIE
lub
- c) inne przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np.: nosa, ucha, powieki, gałki ocznej bądź konieczność amputacji kończyny) - TAK / NIE

2/ Stwierdzono progresję po radioterapii lub występują przeciwwskazania do radioterapii - TAK / NIE

3/ Przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnkomórkowego, w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnkomórkowego - TAK / NIE

- Współistnienie innych nowotworów złośliwych (stan po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym lub nieuzyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym - TAK / NIE
- Stan sprawności w skali ECOG: pkt
- Wyniki badań laboratoryjnych:

Krwinki białe (WBC)	<input type="text"/> G/L	Krwinki czerwone (RBC)	<input type="text"/> mln/ μ l	MCV	<input type="text"/> fl
Hemoglobina	<input type="text"/> g/dl	Hematokryt	<input type="text"/> %	Płytki krwi	<input type="text"/> G/L
Granulocyty	<input type="text"/> G/L	Limfocyty	<input type="text"/> G/L		
AST	<input type="text"/> U/l	ALT	<input type="text"/> U/l	Kreatynina w surowicy	<input type="text"/> mg/dl

Bilirubina całkowita mg/dl

Fosfataza zasadowa U/l

Potwierdzone rozpoznanie zespołu Gilberta - TAK / NIE

Beta-HCG z datą badania (jeśli dotyczy):

Czy pacjent/pacjentka (w wieku rozrodczym) spełnia wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej ChPL wismodegibu - TAK / NIE

Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające
leczenie zgodnie z opisem programu ☐

Załączniki:

- Ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym
- Dokumentacja fotograficzna obejmująca zmiany skórne z widoczną skalą
- Wyniki konsultacji specjalistycznych:
 - a) chirurgiczna (potwierdzenie nieoperacyjności nowotworu / stwierdzenie przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego)
 - b) radioterapeutyczna (potwierdzenie progresji po radioterapii lub przeciwwskazań do radioterapii)
- Wynik badania MRI lub TK (w przypadku wskazań klinicznych) - ocena głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowanie zmian przerzutowych.

.....
Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Jednostki Kierującej

Warszawa, dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do programu lekowego *Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnocomórkowego skóry wismodegibem*

Przewodniczący Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnocomórkowego Skóry:
Płk. prof. nadzw. dr hab. n. med. Witold Owczarek
Klinika Dermatologiczna, Wojskowy Instytut Medyczny CSK MON w Warszawie

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko.....Nr PESEL.....

Świadczeniodawca wnioskujący:.....

Lek: Wismodegib

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....
*Podpis i pieczęć Przewodniczącego Zespołu Koordynującego
ds. Leczenia Chorych Na Raka Podstawnocomórkowego Skóry*