**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikacja jego skuteczności |
| 1.2 | zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny | Leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | G20 - choroba Parkinsona |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona |
| 1.6 | kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego | lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii |
| 1.7 | zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | 1. kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 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. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona**

**2.1 Wniosek o kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona lewodopą podawaną z karbidopą**

*Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona*

Zgłaszając wniosek potwierdzam, że pacjent spełnia kryteria włączenia do programu lekowego „Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona”

**Dane pacjenta:**

imię:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dane świadczeniodawcy:**

nazwa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość | | kod pocztowy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ulica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |

**Lekarz składający wniosek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *podpis i pieczątka lekarza*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *podpis i pieczątka*  *kierownika jednostki*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Załącznik nr 1 - Kwalifikacja – wstępna ocena chorego do leczenia lewodopą podawaną z karbidopą.**

|  |  |
| --- | --- |
| Rok postawienia rozpoznania wg. kryteriów UKPDS Brain Bank Criteria |  |
| Czas trwania choroby Parkinsona powyżej 5 lat | tak/nie\* |
| Zaawansowana postać choroby, tj. stany off lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowane w dzienniczku Hausera | tak/nie\* |
| * czas trwania stanów off lub on z uciążliwymi dyskinezami | \_\_\_godz. \_\_\_min. |
| Potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu | tak/nie\* |
| Wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem tych leków | tak/nie\* |
| Obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu | tak/nie\* |
| Codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę | tak/nie\* |
| Ocena nastroju w skali Becka oraz badanie psychologiczne –ocena funkcji poznawczych wg. kryteriów rozpoznania otępienia w chorobie Parkinsona (Emre et al. Mov Disord 2007) | tak/nie\* |
| Brak kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu | tak/nie\* |
| Wykonanie badań przewidzianych przy kwalifikacji do leczenia | tak/nie\* |

\* zakreślić właściwą odpowiedź

Uwagi lekarza prowadzącego:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki do formularza kwalifikacji wstępnej:

1. wypełniony przez pacjenta dzienniczek Hausera;
2. poświadczona za zgodność kopia dokumentacji medycznej pacjenta

**Załącznik nr 2 – Ostateczna kwalifikacja chorego.**

Numer identyfikacyjny nadany przez Zespół:

(ostatnie pięć cyfr PESEL pacjenta)

Data sporządzenia dokumentu: ……………………………..

dd/mm/rrrr

|  |  |
| --- | --- |
| Czas spędzany przez pacjenta w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami po 7 dniowym okresie dostosowania dawki lewodopy i karbidopy w postaci żelu dojelitowego | \_\_\_ godz. \_\_\_ min |
| Procent o jaki został zredukowany czas spędzany przez pacjenta w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami po 7 dniowym okresie dostosowania dawki lewodopy i karbidopy w postaci żelu dojelitowego |  |

**Ostateczna kwalifikacja pacjenta do programu: tak/nie\***

\* zakreślić właściwą odpowiedź

*Wypełniony dokument należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona*

**Załącznik nr 3 – zgoda pacjenta na przetwarzanie danych osobowych.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie substytucyjne lewodopą i karbidopą w postaci żelu dojelitowego.

Zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz zgłaszania się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data i podpis pacjenta: ……………………………………………………………………

Data i 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).

**2.2 Wniosek o kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona apomorfiną**

*Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona*

Zgłaszając wniosek potwierdzam, że pacjent spełnia kryteria włączenia do programu lekowego „Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona”

**Dane pacjenta:**

imię:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dane świadczeniodawcy:**

nazwa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość | | kod pocztowy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ulica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |

**Lekarz składający wniosek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *podpis i pieczątka lekarza*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *podpis i pieczątka*  *kierownika jednostki*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Załącznik nr 1 - Kwalifikacja – wstępna ocena chorego do leczenia apomorfiną.**

|  |  |
| --- | --- |
| Rok postawienia rozpoznania wg. kryteriów UKPDS Brain Bank Criteria |  |
| Idiopatyczna postać choroby Parkinsona wg kryteriów UKPDS Brain Bank Criteria | tak/nie\* |
| Czas trwania choroby Parkinsona powyżej 5 lat | tak/nie\* |
| Zaawansowana choroba Parkinsona – stadium ≥3 według skali Hoehn i Yahr, z fluktuacjami ruchowymi, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia farmakologicznego (stany off łącznie ≥ połowy czasu aktywności dobowej pacjenta) za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona | tak/nie\* |
| Brak przeciwskazań do stosowania apomorfiny wynikających z istotnych klinicznie: zaburzeń psychotycznych stwierdzonych w wywiadzie, objawów hipotonii ortostatycznej, zaburzeń rytmu serca | tak/nie\* |
| Obecność przeciwwskazań do wszczepienia stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu | tak/nie\* |
| Współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii. | tak/nie\* |
| Wykonanie badań przewidzianych przy kwalifikacji do leczenia | tak/nie\* |
| Brak kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu | tak/nie\* |

\* zakreślić właściwą odpowiedź

Uwagi lekarza prowadzącego:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki do formularza kwalifikacji wstępnej:

1. poświadczona za zgodność kopia dokumentacji medycznej pacjenta

**Załącznik nr 2 – zgoda pacjenta na przetwarzanie danych osobowych.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie apomorfiną.

Zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz zgłaszania się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data i podpis pacjenta: ……………………………………………………………………

Data i 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).