

**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 \_\_\_\_\_

miejsowość \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_

ulica \_\_\_\_\_ numer \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

#### Lekarz składający wniosek:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

*podpis i pieczęć lekarza*

*podpis i pieczęć  
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*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• czas trwania stanów off lub on z uciążliwymi dyskinezami</li> </ul>	____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 apomorfina

*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 \_\_\_\_\_

miejsowość \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_

ulica \_\_\_\_\_ numer \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

### Lekarz składający wniosek:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

*podpis i pieczęć lekarza*

*podpis i pieczęć  
kierownika jednostki*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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 $\geq 3$ według skali Hoehn i Yahr, z fluktuacjami ruchowymi, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia farmakologicznego (stany off łącznie $\geq$ połowy czasu aktywności dobowej pacjenta) za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona	tak/nie*
Brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny wynikających z istotnych klinicznie: zaburzeń psychiatrycznych stwierdzonych w wywiadzie, objawów hipotonii ortostatycznej, zaburzeń rytmu serca	tak/nie*
Obecność przeciwwskazań do wszczęcia 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 apomorfina.

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).