

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) oraz weryfikację jego efektów

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H20.0 – zapalenie ostre i podostre tęczówki i ciała rzęskowego H30.0 – zapalenie ogniskowe naczyniówki i siatkówki
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych
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 zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. LECZENIA
ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN)**

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

1. Inicjały pacjenta	2. Data urodzenia
----------------------	-------------------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek (Oznaczenie podmiotu*):

B. Dane do kwalifikacji:

B. 1. Dane dotyczące stanu okulistycznego: proszę o zaznaczenie właściwej wartości

Stopień nasilenia zmętnienia ciała szklistego wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
0,5+	0,5+
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

Liczba komórek w ciele szklistym wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
0,5+	0,5+
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

* Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Liczba komórek obserwowanych w komorze przedniej w wiązce szczelinowej wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0 (< 1)	0 (< 1)
0,5+ (1-5)	0,5+ (1-5)
1+ (6-15)	1+ (6-15)
2+ (16-25)	2+ (16-25)
3+ (26-50)	3+ (26-50)
4+ (>50)	4+ (>50)

Nasilenie stanu zapalnego (zmętnienie) w komorze przedniej oka wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

Ostrość wzroku wg tablic Snellena lub ETDRS	
OKO PRAWE	OKO LEWE
Ciśnienie wewnątrzgałkowe	
OKO PRAWE	OKO LEWE

Ocena dna oka i plamki żółtej w OCT (OKO PRAWE) – opis i/lub zdjęcie dna i przekrój OCT

.....

.....

.....

.....

Ocena dna oka i plamki żółtej w OCT (OKO LEWE) – opis i/lub zdjęcie dna i przekrój OCT

.....

.....

.....

.....

Ocena gałki ocznej w badaniu w USG typu B (OKO PRAWE) – opis

.....
.....
.....
.....
Ocena gałki ocznej w badaniu w USG typu B (OKO LEWE) – opis
.....
.....
.....
.....

B.2 Dane dotyczące stanu ogólnego pacjenta:

1. Potwierdzenie realizacji badań : morfologia z rozmazem, PLT, OB, AlAT, AspAT, poziom kreatyniny, stężenie elektrolitów w surowicy: (zaznacz właściwe)

TAK

NIE

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wartości powyższych badań – opis:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

DODATNI

UJEMNY

4. Test na kiłę – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

POZYTYWNY

NEGATYWNY

5. Test na boreliozę – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

POZYTYWNY

NEGATYWNY

6. Obecność antygenu HBs – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNY

NIEOBECNY

7. Przeciwciała anti-HCV – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNE

NIEOBECNE

8. Obecność antygenu wirusa HIV – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNY

NIEOBECNY

9. RTG klatki piersiowej (opis lub dołączony skan opisu):

.....
.....
.....
.....
10. EKG (opis lub dołączony skan opisu):
.....
.....
.....
.....

11. Konsultacja neurologiczna (opis lub dołączony skan opisu):
.....
.....
.....
.....

12. MRI (opcjonalnie – do decyzji neurologa) (opis lub dołączony skan opisu):
.....
.....
.....
.....

13. Konsultacja ginekologiczna (jeśli dotyczy) (opis lub dołączony skan opisu):
.....
.....
.....
.....

14. Beta-HCG z datą badania (jeśli dotyczy):

15. Czy pacjentka (w wieku rozrodczym) spełnia wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej
ChPL adalimumabu - TAK / NIE

16. Czy pacjent/pacjentka spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z
opisem programu – TAK / NIE

17. Czy inne choroby współistniejące (np. choroby infekcyjne lub nowotworowe) nie są
przeciwwskazaniem do leczenia pacjenta/pacjentki w programie
TAK / NIE

18. Obecność współistniejącej zdiagnozowanej choroby autoimmunologicznej

TAK/NIE

Jeżeli tak, rozpoznanie:

1.

2.

19. Przebieg dotychczasowego leczenia:

Data początku choroby:

Steroidy stosowane lokalnie:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:
Dawkowanie (średnie):
Droga podania:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Steroidy stosowane ogólnie:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Leki immunosupresyjne:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Leki biologiczne:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Lek:
Data rozpoczęcia:
Data zakończenia:
Dawkowanie (średnio):
Droga podania:

Inne leki:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa
wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

Warszawa, dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do programu lekowego *Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)*

Przewodniczący Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka,
Pan.....

Dotyczy pacjenta:
Inicjały.....Data urodzenia.....

Świadczeniodawca wnioskujący:.....

Lek: Adalimumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....
*Nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko
Przewodniczącego Zespołu Koordynującego
ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka oraz jego podpis*

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).