**Załącznik nr 8**

*Załącznik nr 10*

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy  plackowatej oraz weryfikacja jego skuteczności |
| 1.2 | zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny | Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | L40.0 - Łuszczyca pospolita |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. leczenia biologicznego w łuszczycy  plackowatej |
| 1.6 | kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego | lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii |
| 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 lub w oparciu o dokument, którego wzór został określony w pkt 2; |
| 1.8 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta |

2. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie Umiarkowanej i Ciężkiej Postaci Łuszczycy Plackowatej (ICD-10 L.40)

*dotyczy pacjentów kwalifikowanych do leczenia (wpisać lek). z powodu*

*umiarkowanej lub ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej*

*1.* Wiek:……………………………………………………....…………….…………………

*2.* Płeć:……………………………………………………………...……..…………………..

*3.* Masa ciała:………………………………………………………...………………………

*4.* Świadczeniodawca:………………………………………………….…………………..

*5.* Dane kontaktowe osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko............................................................................................

telefon i adres email:..................................................................................

*6.* Lek wnioskowany:…………………………………………………….………….……...

1. Wcześniejsze leczenie klasyczną terapią ogólną:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Data rozpoczęcia  leczenia  (rok-miesiąc- dzień) | Data zakończenia  leczenia  (rok-miesiąc-dzień) | Dawka (mg/kg m.c./dobę) |
| Metotreksat |  |  |  |
| Cyklosporyna |  |  |  |
| Retinoid |  |  |  |
| PUVA |  |  | X |

1. Wcześniejsze leczenie biologiczne (z uwzględnieniem okresu stosowania leczenia oraz nazwy leku)

………………………………………………………...........……………………………

………………………………………………………..........……………………………....

1. Wyniki badań:

*a.* Krwinki białe (WBC) [G/I]…………………………………………………

*b.* Krwinki czerwone (RBC) [mln/ul]…………………………………………

*c.* MCV [fl]…………………………………………………………………….

*d.* Hemoglobina [g/dl]…………………………………………………………

*e.* Hematokryt [%]…………………………………………………………….

*f.* Płytki krwi [G/I]…………………………………………………………….

*g.* Granulocyty [G/l……………………………………………………………

*h.* Limfocyty [G/l]……………………………………………………………..

*i.* Kreatynina w surowicy [mg/dl]…………………………………………….

*j.* Badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza)....................................

*k.* Aspat [U/I]………………………………………………………………….

*l.* Alat [U/I]……………………………………………………………………

*m.* CRP [mg/l]………………………………………………………………….

*n.* HbsAg…………………………………………………………………………..

*o.* Anty-HCV…………………………………………………………………...

*p.* HIV Ag/Ab Combo…………………………………………………………………

*q.* Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon……………………..………

*r.* EKG …............................................................................................

1. Badanie RTG klatki piersiowej:

*a.* Data RTG…………………………………………………………………….

*b.* Wynik RTG…………………………………………………………………...

*11.* PASI.........……………………………………………………………………………...

*12.* DLQI………………………………………………………………………………….

*13.* BSA [%]………………………………………………………………………………

1. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu………..
2. Opis pacjenta:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………........

Data:………………………..

……………………………………….

*nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*